

ПСИХИАТРИЯ

шпаргалки



Испалудый сам,
пералдай 5 секунду релаксан,
и будет вам счастье
во время сессии.

Шпаргалки

Андрей Дроздов

Психиатрия

«Научная книга»

Дроздов А. А.

Психиатрия / А. А. Дроздов — «Научная книга»,
— (Шпаргалки)

Студенту без шпаргалки никуда! Удобное и красивое оформление, ответы на все экзаменационные вопросы ведущих вузов России.

Содержание

1. Предмет и задачи психиатрии	6
2. Направление современной психиатрии	7
3. Внебольничная помощь психически больным	8
4. Права психически больных людей	9
5. Понятие нозологии	10
6. Расстройства восприятия	11
7. Галлюцинации	12
8. Классификация галлюцинаций	13
9. Синдромы расстройств восприятия	14
10. Психический автоматизм, деперсонализация, дереализация	15
11. Расстройства мышления	16
12. Расстройства смыслового содержания ассоциативного процесса	17
13. Смешанные формы бреда	18
14. Память. Классификация памяти	19
15. Патология памяти	20
16. Патология интеллекта	21
17. Деменция	22
18. Расстройства речи	23
19. Расстройства эмоций (аффективные расстройства)	24
20. Депрессивные состояния	25
21. Классификация депрессий	26
22. Расстройства воли и внимания	27
23. Расстройства моторики (психомоторные расстройства)	28
24. Моторное возбуждение	29
25. Расстройства влечений	30
26. Извращение инстинкта сохранения (продолжения) рода	31
27. Расстройства сознания	32
28. Делирий	33
29. Изменение сознания	34
30. Астенический синдром (астения)	35
31. Истерический синдром	36
32. Маниакально-депрессивный синдром	37
33. Судорожные пароксизмы	38
34. Бессудорожные пароксизмы	39
35. Классический вариант психоорганического синдрома	40
36. Негативные (дефицитарные) синдромы	41
37. Преморбидные типы личности	42
38. Расстройства личности (астенической, тревожно-мнительная, психастеническая психопатии)	43
39. Расстройства личности (шизоидная, неустойчивая, истерическая, возбудимая, эпилептоидная психопатии)	44
40. Аффективные расстройства настроения	45
41. Современное состояние вопроса о сущности шизофрении	46
42. Волевые расстройства при шизофрении	47
43. Поведение при шизофрении	48

44. Непсихотические продуктивные расстройства, классификация шизофрений	49
45. Злокачественная шизофрения	50
46. Вялотекущая шизофрения	51
47. Шубообразная форма шизофрении, особые формы шизофрении	52
48. Биологическая терапия шизофрении	53
49. Психотерапия шизофрении	54
50. Алкогольная зависимость	55
51. Стадии алкоголизма (I, II стадии, истинные запои)	56
52. Стадии алкоголизма (ложные запои, III стадии)	57
53. Наркомании и токсикомания, опийная наркомания	58
54. Развитии и стадии наркомании	59
55. Каннабиноидная наркомания	60
56. Эфедроновая и первитиновая наркомании	61

А. А. Дроздов, Е. В. Гейслер

Психиатрия

1. Предмет и задачи психиатрии

Психиатрия – медицинская дисциплина, изучающая диагностику и лечение, этиологию, патогенез и распространенность психических заболеваний, а также организацию психиатрической помощи населению.

Психиатрия – специальность медицины, которая является частью клинической медицины. Помимо основных методов исследования, используемых в клинической медицине, таких как осмотр, пальпация и аускультация, для изучения психических заболеваний используется ряд приемов для выявления и оценки психического состояния больного – наблюдение и беседа с ним.

В случае психических нарушений в результате наблюдения за больным можно обнаружить своеобразие его поступков и поведения.

В том случае если больного беспокоят слуховые или обонятельные галлюцинации, он может затыкать уши или нос. При наблюдении можно отметить, что больные заклеивают окна, вентиляционные отверстия, чтобы газ, который якобы пускают соседи, не проникал в квартиру. Такое поведение может говорить о наличии обонятельных галлюцинаций. В случае навязчивых страхов больные могут совершать непонятные окружающим движения, являющиеся ритуалами. Примером может служить бесконечное мытье рук при страхе загрязнения, перешагивание через трещины на асфальте, «чтобы не случилось беды».

При беседе с врачом-психиатром больной может сам сообщить ему об имеющихся у него переживаниях, опасениях, страхах, плохом настроении, объясняя неправильное поведение, а также высказать неадекватные ситуации суждения и бредовые переживания.

Для правильной оценки состояния больного большое значение имеет сбор сведений о его прошлой жизни, отношении к происходящим событиям, взаимоотношении с окружающими его людьми.

Как правило, при сборе таких сведений выявляются болезненные трактовки некоторых событий и явлений. В таком случае речь идет не столько об анамнезе, сколько о психическом состоянии пациента.

Важным моментом в оценке психического состояния больного являются данные объективного анамнеза, а также сведения, которые получены от близких родственников больного и окружающих его лиц.

Психические заболевания, в отличие от соматических заболеваний, являющихся эпизодом в жизни больного, продолжаются годами, а иногда и всю жизнь. Столь длительное течение психических заболеваний провоцирует возникновение ряда социальных проблем: взаимоотношение с окружающим миром, людьми и т. д.

Личностные качества больного, уровень зрелости личности, а также сформировавшиеся особенности характера играют большую роль в процессе оценки психического заболевания и его последствий, что наиболее отчетливо выявляется при изучении клинических вариантов неврозов.

Постепенно (по мере развития и изучения психиатрии) выделилось несколько самостоятельных направлений: детская и подростковая психиатрия, гериатрическая, судебная, военная психиатрия, наркология, психотерапия.

2. Направление современной психиатрии

Нозологическое направление в современной психиатрии (от греч. *nosos*– «болезнь») распространено как в нашей стране, так и в части европейских государств. Исходя из структуры данного направления все психические нарушения представлены в виде отдельных психических болезней, таких как шизофрения, маниакально-депрессивный, алкогольный и другие психозы.

Считается, что каждой болезни присущи разнообразие провоцирующих и предрасполагающих факторов, характерная клиническая картина и течение, свой этиопатогенез, хотя и выделяются различные типы и варианты, а также наиболее вероятный прогноз. Как правило, все современные психотропные средства эффективны при определенных симптомах и синдромах вне зависимости от той болезни, при которой они встречаются. Еще одним достаточно серьезным недостатком данного направления является невыясненное положение тех психических нарушений, которые не укладываются в клиническую картину и течение определенных заболеваний. Например, по мнению одних авторов, расстройства, занимающие промежуточное положение между шизофренией и маниакально-депрессивным психозом, являются особыми шизоаффективными психозами. По мнению других, данные расстройства должны быть включены в шизофрению, третьи интерпретируют их как атипичные формы маниакально-депрессивного психоза.

Основателем нозологического направления считается известный немецкий психиатр Э. Крепелин.

Основопологающим методом нозологического направления является подробное описание клинической картины и течения психических расстройств, за что представители других направлений называют данное направление описательной психиатрией Э. Крепелина. К основным разделам современной психиатрии относятся: гериатрическая, подростковая и детская психиатрия. Они являются областями клинической психиатрии, посвященными особенностям проявлений, течения, лечения и профилактики психических расстройств в соответствующем возрасте.

Раздел психиатрии, именуемый наркологией, изучает диагностику, профилактику и лечение наркоманий, токсикоманий и алкоголизма. В западных странах врачей, специализирующихся в области наркологии, называют аддикционистами (от английского слова *addiction* – «пристрастие, зависимость»).

Судебная психиатрия занимается разработкой основ судебно-психиатрической экспертизы, а также ведет работу по предупреждению общественно опасных действий психически больных лиц.

Социальная психиатрия занимается изучением роли социальных факторов в возникновении, течении, профилактике и лечении психических заболеваний и организации психиатрической помощи.

Транскультуральная психиатрия – раздел клинической психиатрии, посвященный сравнительному исследованию особенностей психических расстройств и уровня психического здоровья среди различных наций, культур.

3. Внебольничная помощь психически больным

Психоневрологические диспансеры, работающие по территориальному принципу, были учреждены в 1923 г. В настоящее время психиатрическая помощь вне стен стационара развивается в трех направлениях: совершенствуется помощь больным в психоневрологическом диспансере; формируется новый вид консультативной психиатрической помощи без постановки больного на учет в этом учреждении; улучшается психиатрическая помощь вне диспансера, в системе общей медицинской помощи – в психотерапевтических кабинетах поликлиник – для оказания ее больным с пограничными расстройствами и раннего выявления больных с другими психическими заболеваниями.

Кроме того, в последнее время стали практиковать лечение в дневных стационарах, куда больные приходят утром, получают соответствующее лечение, участвуют в трудовых процессах, развлечениях, а вечером возвращаются домой. Существуют также ночные стационары, где больные находятся после работы вечером и ночью. За это время им проводятся лечебные мероприятия, например курс внутривенных вливаний, иглорефлексотерапия, лечебный массаж, а утром больные возвращаются на работу.

Для детей с различными невротическими состояниями существуют санаторные, так называемые лесные школы, в которых ослабленные дети получают соответствующую терапию и обучаются в течение одной четверти.

В профилактике и лечении психических заболеваний большое значение имеют создание режима труда и отдыха, длительное пребывание на свежем воздухе, занятия физкультурой. Больные, страдающие хроническими психическими заболеваниями, находятся в психоневрологических интернатах, где получают необходимое лечение.

Дети, отстающие в умственном развитии, обучаются в специальных вспомогательных школах. Они могут приходить туда из дома или жить постоянно в интернатах при школах, где осуществляется постоянное специальное наблюдение и систематическое лечение. Дети с органическими поражениями центральной нервной системы, а также с заиканием получают необходимую медицинскую помощь в специализированных яслях-садах, где совместно с воспитателями работают врачи-психиатры, психологи и логопеды.

В состав психоневрологического диспансера, кроме кабинетов, в которых оказывается необходимая медицинская помощь, входят лечебно-трудовые мастерские, где работают инвалиды по психическому заболеванию. Нахождение в лечебно-трудовых мастерских дает возможность проводить систематическое лечение, обеспечивать пациентов питанием, а также самим больным зарабатывать небольшое количество денег.

В последние годы в связи с участвовавшими случаями самоубийств получила развитие специальная служба по борьбе с суицидами, в основном представленная «Телефоном доверия», по которому в любое время суток может обратиться любой человек, находящийся в тяжелом психическом состоянии, обусловленном жизненными неудачами. Квалифицированную психологическую помощь по телефону оказывают психиатры и психологи, прошедшие специальную подготовку.

4. Права психически больных людей

В основе закона «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» лежат постановления, согласно которым при оказании психиатрической помощи не должно ущемляться достоинство больного. Также данный закон регламентирует порядок проведения психиатрического освидетельствования. В настоящем законе сказано, что психиатрическое освидетельствование и профилактические осмотры проводятся только по просьбе или с согласия обследуемого, а освидетельствование и осмотры несовершеннолетнего до 15 лет – по просьбе или с согласия его родителей либо законного представителя.

Проводя психиатрическое освидетельствование, врач обязан представиться пациенту, а также его законному представителю как врач-психиатр. Амбулаторная психиатрическая помощь лицам с психическими заболеваниями оказывается в зависимости от медицинских показаний и осуществляется в виде консультативно-лечебной помощи и диспансерного наблюдения.

Под диспансерное наблюдение помещаются лица с психическими расстройствами независимо от их согласия или согласия их законного представителя.

В случаях стационарного лечения пациента с психическими расстройствами необходимо согласие на данное лечение в письменном виде, исключение составляют больные, находящиеся на принудительном лечении по решению суда, а также больные, стационарированные в недобровольном порядке правоохранительными органами. Без согласия больного, т. е. в недобровольном порядке, в психиатрический стационар помещаются лица с такими психическими расстройствами, которые делают их опасными для себя и окружающих, а также больные в тех состояниях, когда они не способны удовлетворять основные жизненные потребности (например, при кататоническом ступоре, выраженном слабоумии) и могут нанести существенный вред своему здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если будут оставлены без психиатрической помощи.

Пациент, поступивший в стационар в результате недобровольной госпитализации, в течение 48 ч должен быть освидетельствован комиссией врачей, которая определяет обоснованность госпитализации.

В тех случаях, когда госпитализация признается обоснованной, заключение комиссии передается в суд для решения вопроса о дальнейшем пребывании больного в стационаре, по месту нахождения больницы.

Нахождение пациента в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается столько времени, сколько сохраняются основания, по которым была проведена недобровольная госпитализация (агрессивные действия в связи с бредом и галлюцинациями, активные суицидальные тенденции).

Для продления недобровольной госпитализации проводится повторное освидетельствование комиссией 1 раз в месяц первые полгода, а затем 1 раз в 6 месяцев.

Важным достижением в соблюдении прав психически больных граждан является освобождение их от ответственности за совершенные ими во время болезни общественно опасные действия (преступления).

5. Понятие нозологии

Синдром как этап заболевания может быть одинаковым при различных психических расстройствах, что обусловлено приспособлением организма к измененным условиям жизни (болезни) и достигается с помощью однотипных способов реагирования. Данное проявление наблюдается в виде симптомов и синдромов, которые при развитии болезни усложняются, трансформируясь из простых в сложные или из малых в большие. При различных психических заболеваниях клиническая картина меняется в определенной последовательности, т. е. существует свойственный каждому заболеванию стереотип развития.

Выделяют общепатологический, свойственный всем болезням стереотип развития, и нозологический стереотип, который типичен для отдельных болезней.

Общепатологический стереотип развития заболеваний предполагает наличие общих закономерностей в их течении. На первоначальных этапах прогрессирующих психических заболеваний чаще обнаруживаются невротические расстройства, и лишь потом появляются аффективные, бредовые и психорганические, т. е. при прогрессировании психических заболеваний клиническая картина неуклонно усложняется и углубляется.

Например, формирование клинических проявлений у больных шизофренией таково: на начальных этапах обнаруживаются расстройства невротического уровня, астенические, фобические, затем появляются аффективные расстройства, бредовая симптоматика, усложняющаяся галлюцинациями и псевдогаллюцинациями, присоединяется синдром Кандинского-Клерамбо, сопровождающийся парафренным бредом и приводящий к апатическому слабоумию.

Следует отметить, что ни продуктивные, ни негативные расстройства не имеют абсолютной нозологической специфичности и лишь распространяются на род болезней или группы болезней – психогенные, эндогенные и экзогенно-органические.

В каждой из указанных групп болезней имеют место все выделенные продуктивные симптомы. Для примера: астенические и невротические синдромы характерны для неврозов и невротических развитий личности; аффективные, бредовые, галлюцинаторные, двигательные – для реактивных психозов, таких как депрессия, параноиды, ступорозные состояния, переходящие интеллектуальные расстройства – для истерических психозов.

Как при экзогенно-органических, так и при эндогенных заболеваниях имеются все вышеперечисленные синдромы. Также существует определенная предпочтительность, заключающаяся в наибольшей частоте и выраженности их для той или иной группы заболеваний. Несмотря на общепатологические закономерности формирования дефекта личности, негативные психические расстройства в связи с болезнью имеют неоднозначные тенденции в группах заболеваний.

Как правило, негативные расстройства представлены следующими синдромами: астеническим или цереброастеническим изменением личности, включающим психопатоподобные расстройства, при психогенных заболеваниях проявляющиеся в виде патохарактеро-логических расстройств.

6. Расстройства восприятия

Восприятие – начальная ступень высшей нервной деятельности. Благодаря восприятию внешние и внутренние стимулы становятся фактами сознания, отражающими отдельные свойства объектов и событий.

Раздражитель – > ощущение – > восприятие – > представление.

Ощущение – простейший психический процесс, состоящий в отражении отдельных свойств предметов и явлений, возникающий в процессе их воздействия на органы чувств.

Восприятие – психический процесс отражения предметов и явлений в целом, в совокупности их свойств.

Представление – образ предмета или явления, воспроизведенный в сознании на основе прошлых впечатлений. Зависит от воли индивидуума.

Симптомы расстройств восприятия.

Гиперестезия – повышенная чувствительность к раздражителям обычной силы. Часто встречается при экзогенно-органических поражениях ЦНС, маниакальных состояниях.

Гипестезия (гипоэстезия) – пониженная чувствительность к раздражителям. Часто наблюдается при расстройствах сознания, органических нарушениях ЦНС, депрессивных состояниях. Анестезия – крайняя степень гипестезии. Болезненная психическая анестезия – субъективно кажущееся весьма тягостным ослабление какого-либо вида чувствительности, обусловленное снижением эмоционального тона (*anaesthesia psychica dolorosa*).

Агнозия – неузнавание раздражителя, встречается при органических поражениях ЦНС, истерических расстройствах чувствительности.

Парестезии – субъективные ощущения, возникающие без раздражителя (ощущение покалывания, ползания мурашек, онемения и т. д.). Расстройства имеют локализацию, четко ограниченную зонами иннервации. Являются симптомом неврологического расстройства.

Сенестопатии (иллюзии общего чувства) – неопределенные, трудно локализуемые, неприятные, тягостные телесные ощущения. Имеют своеобразные описания больными (стягивание, разливание, расслоение, переворачивание, сверление и т. д.). Ощущения не имеют реальной основы, «непредметны», не соответствуют зонам иннервации. Часто встречаются в структуре сенесто-ипохондрического синдрома (сенестопатии + идеи «мнимой» болезни + аффективные расстройства), при шизофрении, депрессиях.

Иллюзии – ошибочное восприятие реально существующих предметов и событий.

Аффектогенные иллюзии возникают при страхе, тревоге, депрессии, экстазе. Их возникновению способствует нечеткость восприятия окружающего (слабое освещение, невнятная речь, шум, удаленность объекта).

Физические – связаны с особенностями физических явлений (ложка в стакане воды кажется кривой).

Парейдолические иллюзии – зрительные иллюзии, при которых узоры, трещины, ветви деревьев, облака замещаются образами фантастического содержания. Наблюдаются при делирии, интоксикациях психомиметиками.

Эдейтизм – чувственно яркое представление непосредственно предшествовавшего ощущения (особенно яркое воспоминание).

7. Галлюцинации

Галлюцинации – расстройство восприятия в виде образов и представлений, возникающих без реального объекта.

Простые галлюцинаторные образы возникают в одном анализаторе (например, только зрительные).

Сложные (комплексные) – в формировании образов участвуют два и более анализатора. Содержание галлюцинаций связано общей фабулой.

По анализаторам (по модальностям) выделяют следующие типы галлюцинаций.

Зрительные галлюцинации. Элементарные (фотопии) лишены четкой формы – дым, искры, пятна, полосы. Завершенные – в виде отдельных людей, предметов и явлений.

В зависимости от субъективной оценки размеров выделяют:

1) нормоптические – галлюцинаторный образ соответствует реальным размерам предметов;

2) микроптические галлюцинации – уменьшенных размеров (кокаинизм, алкогольный делирий);

3) макроптические галлюцинации – гигантские. Разновидности зрительных галлюцинаций:

1) экстракампинные галлюцинации – зрительные образы возникают вне поля зрения (сбоку, сзади);

2) аутоскопические галлюцинации – видение больным собственного двойника.

Зрительные галлюцинации обычно возникают на фоне помраченного сознания.

Галлюцинаторные образы могут быть окрашены в один цвет, могут быть подвижными и неподвижными, сценopodobными, стойкими и отрывочными.

Слуховые (вербальные) галлюцинации. Элементарные (акоазмы) – шум, треск, оклики по имени. Фонемные – отдельные слова, фразы. Галлюцинаторные переживания наиболее часто представлены в виде голосов. По содержанию выделяют:

1) императивные, или приказывающие, галлюцинации (являются показанием для госпитализации в психиатрический стационар);

2) комментирующие (мнимый собеседник комментирует действия и мысли больного); угрожающие, оскорбляющие;

3) антагонистические (противоположное по смыслу содержание – то обвиняющие, то защищающие).

Тактильные (осознательные) галлюцинации в отличие от сенестопатий носят предметный характер, больной четко описывает свои ощущения: «паутина на лице», «ползание насекомых».

Термические – ощущение тепла или холода.

Гигрические – ощущение влаги на поверхности тела.

Гаптические – внезапное ощущение прикосновения, хватания.

Кинестетические галлюцинации – ощущение мнимого движения.

Речедвигательные галлюцинации – ощущение, что речевой аппарат совершает движения и произносит слова помимо воли больного. По сути, является вариантом идеаторного и двигательного автоматизмов.

Галлюцинации общего чувства (висцеральные, телесные, интероцептивные, энтероцептивные) проявляются ощущениями наличия внутри тела инородных предметов или живых существ.

Вкусовые галлюцинации – чувство в ротовой полости непривычных вкусовых ощущений.

8. Классификация галлюцинаций

Истинные галлюцинации – больной воспринимает галлюцинаторные образы как часть реального мира, содержание галлюцинаций отражается в поведении больного. Больные «стряхивают» мнимых насекомых, спасаются бегством от чудовищ, разговаривают с мнимыми собеседниками, затыкают уши, что может являться объективным признаком их наличия. Характерна экстрапроекция

Ложные галлюцинации (псевдогаллюцинации) – у больных отсутствует ощущение объективной реальности. Больной воспринимает образы внутренним «я». Он четко разграничивает реальность и галлюцинаторный образ. Характерна интропроекция, голоса звучат «внутри головы», образы возникают перед внутренним взором, или источник находится в недостижимости органов чувств (голоса из космоса, телепатическая связь, астрал и т. д.). Почти всегда присутствует чувство сделанности, насильственности.

Гипнагогические галлюцинации – чаще всего зрительные галлюцинации. Появляются при закрытии глаз в покое, чаще предшествуют засыпанию, проецируются на темный фон.

Гипнапомпические галлюцинации – то же самое, но при пробуждении. Эти два вида галлюцинаций часто относят к разновидностям псевдогаллюцинаций. Среди этой разновидности галлюцинаций наблюдаются следующие типы патологических представлений: зрительные (наиболее часто), вербальные, тактильные и комбинированные.

Дополнительно по особенностям возникновения выделяют следующие типы галлюцинаций.

Функциональные галлюцинации всегда слуховые, появляются лишь при реальном звуковом раздражителе. Но в отличие от иллюзий реальный раздражитель не сливается (не подменяется) с патологическим образом, а сосуществует с ним.

Рефлекторные галлюцинации заключаются в том, что правильно воспринимаемые реальные образы тут же сопровождаются появлением сходного с ними галлюцинаторного. Например, больной слышит реальную фразу – и тут же в голове начинает звучать похожая фраза.

Апперцептивные галлюцинации появляются после волевого усилия больного. Например, больные шизофренией нередко «вызывают» у себя голоса.

Галлюцинации Шарля Боннэ наблюдаются при повреждении периферического отдела анализатора (слепота, глухота), а также в условиях сенсорной депривации. Галлюцинации всегда возникают в поле пораженного или информативно ограниченного анализатора.

Психогенные галлюцинации возникают под воздействием психической травмы или внушения. Их содержание отражает психотравмирующую ситуацию или суть внушения.

Психосенсорные расстройства – нарушение восприятия размеров, формы, взаимного расположения предметов в пространстве и (или) размеров, веса собственного тела (расстройства схемы тела).

Микропсия – уменьшение размеров видимых предметов.

Макропсия – увеличение размеров видимых предметов.

Метаморфопсии – нарушение восприятия пространства, формы и величины предметов.

9. Синдромы расстройств восприятия

Галлюциноз – психопатологический синдром, ведущим расстройством которого являются галлюцинации. Галлюцинации, как правило, возникают в одном анализаторе, реже в нескольких. Возникающие аффективные расстройства, бредовые идеи, психомоторное возбуждение носят вторичный характер и отражают содержание галлюцинаторных переживаний. Галлюцинозы возникают на фоне ясного сознания.

Расстройства могут протекать остро, при этом характерна яркая галлюцинаторная симптоматика, галлюцинаторное возбуждение, выражен аффективный компонент психоза, возможно образование бреда, может отмечаться психотически суженное сознание.

При хроническом течении галлюциноза аффективный компонент угасает, галлюцинации становятся привычным для больного моносимптомом.

Острый слуховой (вербальный) галлюциноз. Ведущим симптомом являются слуховые (вербальные) галлюцинации. В продромальном периоде характерны элементарные слуховые галлюцинации (акоазмы, фонемы), гиперакузия. На высоте психоза характерны истинные галлюцинации (звуки доносятся извне – из-за стены, из другой комнаты, из-за спины). Больные рассказывают о том, что они слышат, с обилием деталей, и создается впечатление, будто они это видят (сценopodobный галлюциноз).

Всегда присутствует аффективный компонент – страх, тревога, злоба, угнетенность. Нередко возникает галлюцинаторный вариант психомоторного возбуждения, при котором в поведении больного отражается содержание галлюцинаций. Возможно образование вторичного бреда (галлюцинаторный бред).

96 Критика к происходящему отсутствует.

Хронический вербальный галлюциноз – проявление, как правило, ограничено галлюцинаторной симптоматикой.

Может наблюдаться как неблагоприятный исход острого вербального галлюциноза. При этом сначала уменьшается напряженность аффекта, затем упорядочивается поведение, исчезает бред. Появляется критика к переживаниям. Галлюцинации теряют яркость, их содержание становится однообразным, безразличным для пациента (инкапсуляция).

Встречается при инфекционных, интоксикационных, травматических и сосудистых поражениях головного мозга. Может быть начальным признаком шизофрении, при этом он усложняется и трансформируется в синдром Кандинского-Клерамбо.

Педункулярный зрительный галлюциноз (галлюциноз Лермитта) возникает при поражении ножек головного мозга (опухоли, травмы, токсоплазмоз, сосудистые нарушения).

Ведущим симптомом являются зрительные галлюцинации с экстрапроекцией на небольшом удалении от глаз, чаще сбоку. Как правило, галлюцинации подвижны, беззвучны, эмоционально нейтральны. Отношение к переживаниям критическое.

Зрительный галлюциноз Шарля Бонне возникает при полной или частичной слепоте. Вначале появляются отдельные незавершенные зрительные галлюцинации. Далее их число растет, они становятся объемными, сценopodobными. На высоте переживаний критика к галлюцинациям может исчезать.

10. Психический автоматизм, деперсонализация, дереализация

Психический автоматизм – отчуждение больным собственных психических процессов и двигательных актов – собственные мысли, чувства, движения ощущаются внушенными, насильственными, подчиненными постороннему воздействию.

Различают несколько видов психического автоматизма.

1. Идеаторный проявляется наличием ощущения вкладывания чужих мыслей, отмечаются явления открытости мыслей (ощущение, что собственные **мысли** становятся известны окружающим, звучат, ощущение хищения мыслей).

2. Сенсорный психический автоматизм заключается в возникновении ощущений, чувств как будто под влиянием внешних.

3. Моторный психический автоматизм характеризуется наличием у больного ощущения, что любые движения осуществляются под влиянием внешних воздействий.

Наличие данного синдрома в клинической картине заболевания свидетельствует о тяжести психотического процесса и требует проведения массивной комплексной терапии.

Синдром характерен для шизофрении

Возможно развитие и так называемого инвертированного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо, при котором сам больной якобы обладает способностью воздействовать на окружающих. Эти явления обычно сочетаются с бредовыми идеями величия, особого могущества.

Дереализационный синдром. Ведущим симптомом является отчужденное и искаженное восприятие окружающего мира в целом. При этом возможны нарушения восприятия темпа времени (время течет быстрее или медленнее), цвета (все в серых тонах или наоборот яркое), искаженное восприятие окружающего пространства. Также могут наблюдаться симптомы по типу дежавю.

При депрессиях мир может казаться серым, время тянется медленно.

Восприятие окружающего в красных и желтых тонах типично для сумеречных эпилептических состояний.

Изменение восприятия формы и размеров окружающего пространства характерно для интоксикаций психоактивными веществами и для органических поражений головного мозга.

Деперсонализационный синдром выражается в нарушении самосознания, искаженном восприятии собственной личности и отчуждении отдельных физиологических или психических проявлений.

Аллопсихическая деперсонализация. Ощущение измененности собственного «я», раздвоенности, появление чуждой личности, по другому реагирующей на окружающее.

Анестетическая деперсонализация. Потеря высших эмоций, способности чувствовать, переживать. Характерны жалобы на мучительное бесчувствие. Больные утрачивают способность ощущать удовольствие или неудовольствие, радость, любовь, ненависть или грусть.

Невротическая деперсонализация. Обычно больные жалуются на заторможенность всех психических процессов, изменение эмоционального реагирования. Больные сосредоточены на своих переживаниях, выявляется обилие жалоб на затрудненность мыслительной деятельности, трудность концентрации внимания. Характерно навязчивое «самокопание», самоанализ.

11. Расстройства мышления

Ускоренный темп (тахифрения) – мышление носит поверхностный характер, мысли текут быстро, легко сменяют друг друга. Характерна повышенная отвлекаемость, больные постоянно перескакивают на другие темы. Речь ускоренная, громкая. Высказывания перемежаются стихотворными фразами, пением. Ассоциации между мыслями поверхностные, но все-таки они понятны.

Наиболее выраженная степень ускоренного мышления – скачка идей (*fuga idiorum*). Мыслей так много, что больной не успевает их проговорить, характерны незаконченные фразы, речь взхлеб..

Ментизм – субъективное ощущение, когда в голове присутствует масса мыслей, не связанных между собой. Это кратковременное состояние. В отличие от ускоренного мышления, крайне тягостное для больного состояние. Симптом характерен для синдрома Кандинского-Клерамбо.

Замедленный темп (брадифрения). Мысли с трудом возникают и подолгу держатся в сознании. Медленно сменяют одна другую. Речь тихая, бедна словами, ответы с задержками, фразы короткие. Субъективно больные описывают, что мысли, появляясь, преодолевают сопротивление, «ворочаются как камни». Больные считают себя интеллектуально несостоятельными, оглупевшими. Наиболее тяжелая форма замедленного мышления – моноидеизм, когда в сознании больного одна мысль держится в течение длительного времени. Шперунг – обрывы мыслей, «закупорка мышления», больной внезапно теряет мысль. Чаще всего переживания субъективные и в речи могут быть не заметны. В тяжелых случаях – внезапное прекращение речи.

Соскальзывающее мышление – отклонение, соскальзывание рассуждений на побочные мысли, нить рассуждений теряется.

Разорванность мышления. При данном расстройстве наблюдается утрата логических связей между отдельными мыслями. Речь становится непонятной, грамматический строй речи сохраняется. Расстройство характерно для отдаленного этапа шизофрении.

Для бессвязного {инкогерентного} мышления характерна полная утрата логических связей между отдельными короткими высказываниями и отдельными словами {словесная крошка}, речь теряет грамматическую правильность. Расстройство возникает при нарушенном сознании.

Резонерство – пустые, бесплодные, расплывчатые рассуждения, не наполненные конкретным смыслом. Пустословие. Отмечается при шизофрении.

Аутистическое мышление – рассуждения опираются на субъективные установки больного, его желания, фантазии, заблуждения.

Часто присутствуют неологизмы – слова, придуманные самим больным.

Символическое мышление – больные придают особый смысл случайным предметам, превращая их в особые символы. Содержание их не понятно окружающим.

Паралогическое мышление – рассуждения с «кривой логикой», основывается на сопоставлении случайных фактов и событий. Характерно для параноидного синдрома.

Двойственность (амбивалентность) – больной утверждает и отрицает одновременно один и тот же факт, часто встречается при шизофрении.

12. Расстройства смыслового содержания ассоциативного процесса

Сверхценные идеи – мысли, тесно спаянные с личностью больного, определяющие его поведение, имеющие основу в реальной ситуации, вытекающие из нее. По содержанию выделяют сверхценные идеи ревности, изобретательства, реформаторства, личного превосходства, сутяжного, ипохондрического содержания.

Бредовые идеи – ложные умозаклучения, возникающие на болезненной основе, больной к ним не критичен, не поддается разубеждению. Наличие бреда является симптомом психоза.

Основные признаки бредовых идей: нелепость, неправильность содержания, полное отсутствие критики, невозможность разубеждения, определяющее влияние на поведение больного.

По механизму возникновения выделяют следующие виды бреда.

Первичный бред – бредовые идеи возникают первично. Иногда присутствует в виде моносимптома, как правило, систематизированный, монотематический. Характерно наличие последовательных стадий формирования: бредовое настроение, бредовое восприятие, бредовое толкование, кристаллизация бреда.

Вторичный бред – чувственный, возникает на основе других психических расстройств.

Аффективный бред. Тесно связан с выраженной эмоциональной патологией. Подразделяется на голотимный и кататимный.

Голотимный бред возникает при полярных аффективных синдромах. При эйфории – идеи с повышенной самооценкой, а при тоске – с пониженной.

Кататимный бред возникает в определенных жизненных ситуациях, сопровождающихся эмоциональным напряжением.

Индукцированный {внушенный} бред. Наблюдается, когда больной {индуктор} убеждает окружающих в реальности его умозаклучений, как правило, возникает в семьях.

Персекуторные формы бреда {бред воздействия}

При бреде преследования больной убежден, что группа лиц или один какой-то человек преследуют его.

Бред отношения – больные убеждены, что окружающие изменили к ним свое отношение, стали враждебны, подозрительны, постоянно на что-то намекают.

Бред особого значения – больные считают, что специально для них подбираются телепередачи, все происходящее вокруг носит определенный смысл.

Бред отравления – в самом названии отражена суть бредовых переживаний. Больной отказывается от еды, часто присутствуют обонятельные и вкусовые галлюцинации.

Бред воздействия – больной убежден, что мнимые преследователи каким-то особым образом {сглаз, порча, особые электроток, радиация, гипноз и т. п.} воздействуют на его физическое и психическое состояние {синдром Кандинского-Клерамбо}. Бред воздействия может быть инвертированным.

Бредовые идеи материального ущерба {ограбления, обкрадывания} характерны для инволюционных психозов.

Манихейский бред – больной убежден, что он в центре борьбы между силами добра и зла.

13. Смешанные формы бреда

Бред инсценировки. Больные убеждены, что окружающие специально для них разыгрывают некий спектакль. Сочетается с бредом интерметаморфозы, для которого характерны бредовые формы ложных узнаваний.

Симптом отрицательного и положительного двойника (синдром Карпга). При симптоме отрицательного двойника больной принимает близких людей за чужих.

Симптом Фреголи – больному кажется, что один и тот же человек является ему в различных перевоплощениях.

Бред самообвинения (убеждают, что грешники).

Бред мегаломанического содержания – больной считает, что из-за него страдает все человечество. Больной опасен для себя, возможны расширенные суициды.

Нигилистический бред (бред отрицания) – больные убеждены, что у них нет внутренних органов, нет возможности благополучного функционирования органов, больные считают себя живыми трупами.

Ипохондрический бред – больные убеждены в наличии у них какого-либо физического заболевания.

Бред физического недостатка (дисморфоманический бред) характерен для подросткового возраста. Больные убеждены в наличии у них внешнего уродства. Нарушения поведения очень значительны, сочетаются с бредом отношения и депрессией.

Бред ревности, очень стоек. Больные социально опасны. Характерен для людей пожилого возраста, иногда связан с угасанием половой функции.

Редкие варианты содержания бредовых идей.

Ретроспективный (интроспективный) бред – бредовые идеи касаются прошлой жизни (например, бред ревности после смерти супруга).

Резидуальный бред – наблюдается у больных после выхода из психоза, состояние измененного сознания. Бредовые синдромы.

Паранойальный синдром – наличие монотематического первичного систематизированного бреда. Характерна одна тема, обычно бред преследования, ревности, изобретательства. Бредообразование первичное, так как бред не связан с галлюцинаторными переживаниями. Систематизированное, так как у больного есть система доказательств, которая имеет свою логику.

Параноидный синдром – бред разноплановый, несколько вариантов бреда (отношения, особого значения, преследования). В структуру этого синдрома часто входят расстройства восприятия (галлюцинаторно-параноидный синдром – бредовые идеи разноплановые, содержание бреда вторично, часто определяется содержанием галлюцинаций). Содержание бредовых идей меняется динамично.

Острое течение (острый параноид) характерно для шизоаффективных психозов, приступообразной шизофрении, органических заболеваний головного мозга, интоксикаций.

Хроническое течение встречается при параноидной форме шизофрении, частым вариантом является галлюцинаторно-параноидный синдром Кандинского–Клерамбо.

Дисморфоманический синдром. Бред внешнего уродства, бред отношения, депрессия.

14. Память. Классификация памяти

Память – это познавательная (гностическая) функция, позволяющая накапливать воспринимаемую информацию. Проявляется в виде способностей (функций) записывать, удерживать и воспроизводить информацию (фиксация, ретенция и репродукция).

Различают целый ряд видов памяти (запоминания).

Краткосрочная память характеризуется тем, что большой объем постоянно поступающей информации запечатлевается в памяти на непродолжительное время, после чего эта информация утрачивается либо откладывается в долгосрочной памяти.

Долгосрочная память связана с избирательным сохранением наиболее значимой для субъекта информации на продолжительное время.

Оперативная память – ее объем складывается из актуальной на текущий момент информации.

Механическая память – способность запоминать информацию как она есть, без образования логических связей. Такой вид памяти не является основой интеллекта, таким образом обычно запоминаются имена, названия, числа.

Ассоциативная память – запоминание происходит с образованием логических связей, аналогий между отдельными понятиями. При запоминании информация сравнивается, обобщается, анализируется, систематизируется. Ассоциативная память лучше развита у мужчин.

Формируется после 9-10 лет как основа способности к обучению. Физиологическое снижение этого вида памяти отмечается гораздо позже, чем механической.

По анализаторам память разделяется на зрительную, слуховую, мышечную (двигательную), обонятельную, вкусовую, тактильную и эмоциональную.

У большинства людей более развита зрительная память. Механическая память формируется более длительно, но и является самой стойкой (например, у музыкантов во время репетиций формируется механическая память на тонкие, точные движения).

Функция запоминания зависит от наличия цели, эмоционального отношения, количества повторений, степени ясности сознания, концентрации внимания, времени суток (индивидуально).

Согласно закону памяти Рибо, легче забывается информация без смыслового содержания, например после просмотра фильма отдельные имена героев обычно быстро забываются, но фабула событий, содержание запоминается надолго. Также легче забываются недавние события, а давно прошедшие, если запомнились, то сохраняются дольше. Например, больные сенильной деменцией не помнят того, что происходило минуту назад, но отлично помнят события молодости, давно минувших лет.

Эдейтическая память (образная) – запоминая и воспроизводя, пользуются образами, а не вербальными характеристиками.

Нарушения памяти по видам разделяют на количественные – дисмнезии (гипермнезия, гипомнезия, амнезия) и качественные – так называемые парамнезии (псевдореминисценции, конфабуляции, криптомнезии).

Гипермнезия – оживление памяти, повышение способности вспоминания давно забытых, не актуальных в настоящее время событий. Это состояние сочетается с ослаблением запоминания текущей информации.

Также к гипермнезии относят парадоксальное усиление способности к запоминанию.

15. Патология памяти

Гипомнезия (дисмнезия) – снижение памяти. Как правило, снижаются все три функции. Нарушается процесс запоминания, уменьшаются запасы памяти, и ухудшается воспроизведение. Наблюдается при любых органических заболеваниях головного мозга.

Амнезия – утрата способности сохранять и воспроизводить ранее приобретенные знания.

Ограниченные амнезии – полное отсутствие памяти на какой-то период событий, амнезия всегда ограничена каким-либо интервалом.

Ретроградная амнезия – забываются события, предшествовавшие ее причине. Может захватывать промежутки времени от нескольких минут до нескольких дней. Память на утраченные события частично или даже полностью восстанавливается.

Антероградная амнезия – выпадают из памяти события, следующие за воздействием причины

Антероретроградная амнезия представляет собой сочетание двух предыдущих видов амнезии.

Конградная амнезия возникает на период психического расстройства. Обычно распространяется на состояния, связанные с расстройствами сознания. Иногда в памяти остаются отдельные фрагменты психоза, что может быть причиной образования резидуального бреда.

Ретардированная амнезия – в отличие от конградской возникает не сразу, а спустя какой-то срок (от одного дня до недели). Больной после выхода из психоза способен рассказать о том, что с ним происходило, но спустя некоторое время забывает даже о том, что он уже рассказывал.

Палимпсест – запечатывание отдельных событий и деталей своего поведения, возникающее в период алкогольного опьянения. Общий ход событий сохраняется в памяти. Генерализованные формы амнезий. **Фиксационная амнезия** – нарушается функция запоминания (фиксация), больные не удерживают в памяти события, которые происходили с ними только что. При этой форме амнезии наблюдается дезориентировка в месте, времени, окружающих лицах. Является ведущим симптомом синдрома Корсакова.

Прогрессирующая амнезия. Отмечается постепенное и необратимое опустошение запасов памяти. Забывание происходит в обратном порядке: сначала из памяти утрачиваются недавно приобретенные знания, а затем более старые и прочно закрепленные (закон Рибо). Давно минувшие события оживают в памяти больного, становятся очень яркими, в то время как на текущие события память утрачивается.

Происходит так называемый «сдвиг ситуации в прошлое», т. е. то, что случилось много лет назад, больными воспринимается как случившееся только что, они искренне переживают утрату близких или радуются приятным событиям, считают себя намного моложе (характерно для старческого слабоумия).

Псевдореминисценции. Прошедшие события воспроизводятся, но нарушается их временной порядок (иллюзии памяти). В воспоминаниях больного прошлое переплетается с настоящим. Содержание псевдореминисценций, как правило, обыденного характера.

16. Патология интеллекта

Интеллект – совокупность познавательных способностей человека, стремление приобретать новые знания. Хорошо развитая логическая память, целенаправленное мышление и высокая волевая активность являются предпосылками формирования интеллекта. Выделяют интеллект практический и теоретический. Интеллект бывает высокий, средний, ниже среднего.

Слабоумие – патология интеллекта в виде стойкого необратимого дефекта. Проявляется в виде полной или частичной утраты способности перерабатывать и систематизировать полученные представления.

Олигофрения – врожденный вид слабоумия (врожденное недоразвитие). Олигофрения – непро-градиентное состояние, усугубление признаков слабоумия может происходить под воздействием дополнительных факторов (черепно-мозговая травма, алкоголизм, токсикомании и т. д.). Наряду с интеллектуальной недостаточностью всегда в той или иной степени выражены признаки недоразвития всей личности (волевые нарушения, эмоциональные, речевые, моторные). Причины: наследственные заболевания, интоксикации, инфекции, эндокринная патология, травмы, резус-конфликт, генные девиации.

При установленной этиологии олигофрении говорят о дифференцированной олигофрении.

По типу темперамента выделяют торпидные (тихие) и эректильные (возбудимые).

Также выделяют неосложненные (есть только признаки слабоумия) и осложненные (с психопатоподобными проявлениями, с психопатическими эпизодами, с эпилептиформным синдромом).

По степени выраженности слабоумия выделяют следующие формы олигофрений.

Идиотия. У больного отсутствует сформированная членораздельная речь. Из обращенной речи больные воспринимают только интонацию. Моторная функция грубо нарушена, элементарные навыки отсутствуют, больные не способны к самообслуживанию. Сохранены только безусловные рефлексы. Идиотия часто сочетается с грубой физической патологией и уродствами.

Имбецильность. Абстрактное мышление невозможно, и выявляются явные затруднения при конкретно-образном мышлении. Речь дефектна, развивается поздно, словарный запас небольшой, грамматическая структура нарушена. Сформированы элементарные навыки самообслуживания.

Дебильность. Легкая форма олигофрении, характерно недоразвитие абстрактно-логического мышления, абстрактного обобщения. Мышление конкретное. Словарный запас и объем знаний бедны, не соответствуют возрастной норме.

Дебильность классифицируется на легкую, среднюю, тяжелую степень. Диагноз ставится на основе клинических признаков и патопсихологических тестов. В легких случаях больные способны самостоятельно учиться в средней школе, при тяжелых случаях требуется обучение во вспомогательных школах. Больные способны к несложному самостоятельному труду. Может быть хорошо развита механическая память, логическая память или полностью отсутствует, или ослаблена.

17. Деменция

Деменция – приобретенный вид слабоумия. Деменция в отличие от олигофрении всегда прогредиентна, хотя при разных заболеваниях темп снижения интеллекта может сильно варьировать. Конечную стадию процесса интеллектуального снижения, приводящего к полному распаду психической деятельности, называют психическим маразмом.

Лакунарная (очаговая, дисмнестическая) де-менция. В основе интеллектуального снижения лежат нарушения памяти. Также в ряде случаев снижается уровень осмысления, интеллектуальная продуктивность, может нарушаться счет, но сохраняется критика к этим нарушениям, присутствует осознание болезни. Ядро личности долгое время сохраняется. Глобальная (полная, тотальная, диффузная) деменция. Грубые нарушения затрагивают все психические функции (разрушается ядро личности). Критика к своему состоянию у таких больных полностью отсутствует. Нередко наблюдаются обострение низших влечений, прожорливость, бродяжничество, скопидомство (накопление всякого хлама).

Варианты деменций.

Эпилептическое слабоумие. Для него характерно: наличие ригидности, вязкости всех психических процессов; нарушение речи в виде олигофазии, часто встречаются уменьшительные формы слов (халатик, одеяльце, таблеточки и т. д.); концентрическое снижение памяти (хорошо запоминаются только события, связанные с собственной персоной: обиды, назначения врачей,).

Паралитическая деменция. Впервые описана при сифилитическом прогрессивном параличе. Слабоумие носит тотальный характер, сопровождается эйфорией, благодушием, отсутствием критики, бредовыми идеями величия (нередко фантастического содержания).

Травматическая деменция. Возникает в результате травматического повреждения головного мозга. Снижение интеллекта, как правило, присутствует в виде стойкого стационарного состояния, сопровождается расстройством внимания, тугоподвижностью психических процессов, раздражительностью, злобностью, в ряде случаев расстройством влечений.

Атеросклеротическая (сосудистая) деменция развивается при атеросклерозе сосудов головного мозга. Обычно долгое время сохраняются нарушения по лакунарному типу. Долго сохраняется критика к своему состоянию, характерно слабодушие, амнестическая афазия. Старческая (сенильная) деменция начинается с появления у больных несвойственных им прежде грубости, жестокости, скупости, расторможения влечений.

Болезнь Альцгеймера начинается в возрасте 55–60 лет. Характерно наличие расстройств речи, сначала отмечается логоклония, переходящая в моторную афазию.

Болезнь Пика – предстарческое слабоумие. Начинается в 50–55 лет. Атрофический процесс начинается с лобных долей, поэтому в начале болезни расстройства памяти выражены меньше, деменция сочетается с нарушением поведения.

18. Расстройства речи

Тахифазия – ускоренная речь, может проявляться многословием или перемежаться с пословицами, каламбурами. Отмечается при ускоренном мышлении, от степени выраженности которого напрямую зависит расстройство речи.

Логорея (полифразия, речевое недержание) – крайний вариант ускоренной речи, быстрая, многословная речь (нередко бессвязного содержания).

Браdifазия (олигофазия) – замедленная речь, высказывания чаще односложны, лексикон и грамматический строй упрощены.

Вербигерация – стереотипная речь, высказывание (выкрикивание) одних и тех же слов и коротких фраз.

Мимоговорение (миморечь) – ответы больного не связаны с задаваемым вопросом.

Формальная (рефлекторная) речь – характерны ответы банального содержания, но высказывания лежат в плоскости задаваемых вопросов.

Отмечается при аутизме.

Монолог (речь в виде монолога) – непрерывная речь в пространство. Высказывания могут быть обращены к собеседнику, но нет потребности в обмене мнениями, может сопровождаться другими речевыми расстройствами.

Мутизм – немота, отсутствие словесного общения при сохранности речевого аппарата. Может носить избирательный характер

Неологизм – характеризуется новыми словами, придуманными больными, непонятными окружающим. Словотворчество может доходить до создания собственного языка (криптолалия, глоссолалия).

Речевая бессвязность (речевая инкогеренция, речевая спутанность, «речевая крошка», «словесный салат») – бессмысленный набор слов, лишенный грамматического строя. Наблюдается при инкогерентном мышлении, аментивном возбуждении.

Зеркальная речь – воспроизведение слов (услышанных, прочитанных, произносимых спонтанно) задом наперед (с конца). Наблюдается при навязчивостях, шизофрении.

Вычурная (манерная) речь – частое употребление в высказываниях и определениях малопонятных, иностранных, часто не подходящих по смыслу слов (например, «гламурный», «приватный», «сверхнеординарный», «мегахитовый», «непроходимо скучно» и т. д.).

Пуэрильная речь – частое использование слов и оборотов, которые свойственны детям (сюсюканье, нарочитая картавость, искаженный грамматический строй, упоминание о себе в третьем лице).

Слащавая речь – характерны высказывания с частым использованием уменьшительных форм в сочетании с аффективно окрашенными определениями (например, «милый доктор», «постелька», «подушечка», «дорогой мой дружочек»).

Телеграфная речь носит лаконичный, короткий, отрывочный характер, часто с полным отсутствием предлогов и союзов.

Эхолалия (эхолаличная речь) – повторение отдельных слов и фраз, услышанных от окружающих, повторение заданных вопросов. Характерна для состояний с расстройством сознания, для волевых расстройств при шизофрении (кататонической).

Шизофазия (шизофазическая речь) представляет собой набор слов и словосочетаний, разрозненных по смыслу.

19. Расстройства эмоций (аффективные расстройства)

Эмоциями называют чувственные реакции (аффект) человека на предметы и явления окружающего мира, они всегда отражают субъективную оценку, отношение к происходящему.

Низшие эмоции вызываются элементарными (витальными) раздражителями (плохая или хорошая погода, сытость, усталость, сексуальное удовлетворение), отражают степень удовлетворения различных инстинктов.

Эмоции бывают положительными и отрицательными, т. е. могут отражать удовлетворение и неудовлетворение. Аффективные переживания всегда имеют внешние проявления (поза, жесты, мимика, интонация голоса), могут наблюдаться вегетативные симптомы (тахикардия, колебания артериального давления, потливость).

Аффект проявляется в виде интенсивной эмоциональной кратковременной реакции на возникшую стрессовую ситуацию.

При физиологическом аффекте эмоциональная реакция соответствует возникшей ситуации по силе и качеству. Человек в таком состоянии может руководить своими действиями, правильно ориентируется в ситуации и собственной личности, помнит происходящее в деталях.

При патологическом аффекте ответная реакция не соответствует по силе первопричине. Сознание аффективно сужено, человек не критичен к своим поступкам и к ситуации. Возникновению патологического аффекта способствуют длительно существующая психотравмирующая ситуация, переутомление, наличие органической патологии со стороны головного мозга. В таком состоянии больные могут совершать суицидальные попытки.

Гипертимия (мания) проявляется в виде неадекватно повышенного фона настроения, который сопровождается повышенным стремлением к деятельности, переоценкой своих возможностей, двигательнo-речевым возбуждением.

Экстаз – гипертимия с преобладанием восторга, крайней степени восхищения, ощущения прозрения, постижения высшего смысла, недоступного для понимания людей.

Эйфория – состояние немотивированного благодушия в сочетании с пассивностью. Стремления к деятельности нет. Отмечается при наркотическом опьянении, сифилисе, туберкулезе легких.

Мория – состояние приподнятого настроения с оттенком детскости, дурашливости. Наблюдается при органической патологии лобных долей головного мозга.

Дисфория – немотивированное состояние злобно-раздражительного аффекта («не тронь меня»). Встречается при органической патологии головного мозга, при эпилепсии («дурные дни эпилептика»).

Амбивалентность (двойственность) эмоций. У больных одновременно возникает два противоположных чувства, например любовь и ненависть. Характерна для шизофрении, для детей и женщин истерического склада характера.

Слабодушие – недержание аффекта. Характерны реакции в виде умиления, смеха или плача по незначительным поводам (трогательные сцены, увиденные по ТВ, прочитанные в книгах, воспоминания).

20. Депрессивные состояния

Депрессия – состояние, сопровождаемое аффектом тоски (гипотимией), заторможенностью мышления и снижением двигательной активности (депрессивная триада).

Реактивная депрессия. Проявляется как реакция на негативные внешние раздражители. Всегда четко связана с психотравмирующей ситуацией. Может редуцироваться тут же после устранения причины.

Эндогенная (аутохтонная) депрессия наступает вследствие нарушения нейромедиаторного обмена в головном мозге.

Сюда же относится инволюционная депрессия, которая возникает в пресенильном и сенильном возрасте. По степени выраженности (глубине) депрессивных состояний выделяют невротическую и психотическую депрессии.

Невротическая депрессия. Ведущим симптомом является нерезко выраженный аффект тоски с оттенком грусти, подавленности, легкой тревоги, пессимизма. Также отмечается снижение волевой и мыслительной активности.

Критика к своему состоянию полностью сохранена. В возникновении депрессивного расстройства иногда прослеживается связь с психотравмирующей ситуацией. Наиболее важным условием для формирования депрессивного синдрома является личностная предрасположенность. Характерны заметные колебания настроения в течение суток.

Психотическая депрессия (большое депрессивное расстройство) – депрессия классического типа, характерна для депрессивной фазы маниакально-депрессивного синдрома.

Аффект тоски достигает степени крайне тягостного для больного состояния. Характерна пессимистическая оценка своего прошлого, настоящего и будущего, достигающая степени сверхценных идей самообвинения или депрессивного бреда.

Содержание бредовых (бред греховности, самообвинения, ипохондрического содержания) идей как бы вытекает из эмоциональной патологии.

Очень часто у больных возникают суицидальные идеи, которые они стремятся реализовать. Заторможенность мышления может достигать степени моноидеизма (как правило, это мысль о самоубийстве).

Двигательные расстройства проявляются в виде субъективно ощущаемых затруднений при совершении двигательных актов, тяжести во всем теле. Больные редко и с трудом передвигаются, характерна шаркающая медленная походка мелкими шагами. Выражение лица скорбное (верагутовская складка – кожная борозда на лбу между бровями), тоскливое, застывшее.

Двигательная заторможенность может достигать состояния депрессивного ступора. При психотической депрессии отмечаются сомато-вегетативные расстройства в виде повышения тонуса симпатического отдела ЦНС: тахикардия, мидриаз, запоры (триада Протопопова). Характерна сухость слизистых оболочек (плач без слез).

Аппетит сильно снижен, вплоть до анорексии, иногда по колебаниям массы тела судят о динамике депрессии.

Расстройства сна наблюдаются в виде нарушения засыпания, отсутствия чувства отдыха после сна, может отмечаться повышенная сонливость днем. Продолжительность депрессивного расстройства исчисляется месяцами.

21. Классификация депрессий

Соматизированная (маскированная, ларвированная) депрессия. Ведущим является сомато-вегетативный компонент. Аффект тоски выражен несильно и часто может расцениваться как вторичное явление в ответ на соматическую патологию.

Наиболее часто отмечается синдром «предсердечной тоски».

На втором месте по встречаемости отмечаются жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта.

Соматические расстройства обычно более выражены утром, хорошо поддаются терапии антидепрессантами.

Тревожные (ажитированные) депрессии. Наиболее характерный вариант инволюционной депрессии. Аффект тоски сопровождается аффектами тревоги и страха. Больные находятся в постоянном предчувствии надвигающейся беды, катастрофы. Содержание тревожных переживаний носит либо полностью беспредметный (диффузный) характер, либо обыденно или навеяно разговорами с окружающими или средствами массовой информации.

Двигательной заторможенности нет, наоборот, отмечается речедвигательное возбуждение, больные причитают, не могут усидеть на месте. В крайних случаях такого возбуждения говорят о меланхолическом раптусе: больные с криками, причитаниями, стереотипными тревожными выкриками или визгом мечутся по коридору, катаются по полу. В этот момент они крайне суицидоопасны, могут наносить себе тяжелые увечья (с разбега бьются головой о стену, наносят множественные глубокие ножевые ранения).

Больные требуют неотложной медицинской помощи (тизерцин, amitриптилин, транквилизаторы инъекционно).

Анестетическая депрессия. Депрессивный аффект редуцирован. Больные жалуются на полное, мучительное отсутствие каких-либо переживаний. Нередко возникает ощущение измененности окружающего – мир теряет краски, звуки слышатся приглушенными, нередко кажется, что время замедлило свой ход (меланхолическая дереализация).

Адинамическая депрессия. Ведущим симптомом является тоска, переживаемая больным как безразличие. В отличие от анестетической депрессии, больные от этого не страдают. Волевая активность снижена, больные не следят за собой, безразличны к своему внешнему виду. Характерны жалобы на вялость, чувство физического бессилия.

Маниакальный синдром. Для маниакального синдрома характерно наличие повышенного настроения, аффекта радости и счастья, ускоренного темпа мышления с характерной отвлекаемостью и легкостью образования ассоциаций, повышенным стремлением к деятельности.

При мании ускоряются все психические и физические процессы. У больных оживлена мимика и пантомимика, они выглядят моложе своих лет.

Речь становится громкой, быстрой, эмоциональной, часто перемежается стихами, песнями. При выраженном возбуждении может отмечаться речь взхлеб, мысли не высказываются до конца, поскольку очень быстро сменяют друг друга. Окружающий мир воспринимается больным ярче, все окружающие люди кажутся счастливыми, негативная информация не воспринимается.

Облегчаются процессы запоминания и воспроизведения.

22. Расстройства воли и внимания

Воля – это целенаправленная деятельность человека, способность ставить перед собой цели. Большое значение в формировании волевых актов имеет мотивационная сфера человека, которая представляет собой совокупность желаний, побуждений, потребностей. Среди мотивов выделяют гедонистические (стремление получить удовольствие), утилитарные (стремление извлечь выгоду), альтруистические мотивы и т. д. Среди особенностей волевой сферы человека выделяют внушаемость (подверженность чужому влиянию), самостоятельность, нерешительность (задержка волевого акта на этапе борьбы мотивов), упрямство (действия вопреки чему-либо), неустойчивость (неспособность сдерживать неодобряемые сами человеком поступки).

Гипербулия – патологическое увеличение волевой активности, повышенное стремление к деятельности.

Встречается при маниакальном синдроме.

Гипобулия – патологическое ослабление волевой деятельности, стремления к деятельности.

Наблюдается при неврозах, депрессии (чем глубже депрессия, тем более выражена гипобулия).

Абулия – полное отсутствие инициативы, полная бездеятельность с минимальной сохранностью круга автоматизированных действий. Внимание – психическая функция, обеспечивающая выделение в сознании одних объектов (сосредоточение на чем-либо) при одновременном отвлечении от других раздражителей. Внимание существует только при наличии ясного сознания. Выделяют два типа (компонента) внимания:

1) активное (избирательное) внимание – обусловлено целенаправленной волевой и интеллектуальной деятельностью;

2) пассивное внимание – обусловлено внешними свойствами объектов и явлений, привлечение внимания происходит без волевого участия, произвольно.

Нарушения внимания проявляются его ослаблением или усилением.

Ослабление внимания (*hypoprosexia*) проявляется ухудшением активного внимания и преобладанием пассивного компонента. Возникает рассеянность, ухудшается способность концентрации внимания на чем-либо.

Раздражительная слабость внимания – изменчивость активного внимания под влиянием внешних и внутренних стимулов. При этом внимание часто сосредоточено на какой-то группе представлений (например, навязчивых мыслях).

Снижение внимания – ухудшение активного внимания вследствие умственного напряжения. О патологии говорят в том случае, если утомление внимания наступает под влиянием непродолжительной умственной работы, в связи с чем больной не в состоянии писать, осознавать смысл прочитанного, испытывает ощущение сонливости.

Апрозексия – полная потеря способности направлять и фиксировать внимание.

Усиление внимания (*hyperprosexia*) сопровождается усилением пассивного компонента внимания. При маниакальных и гипоманиакальных состояниях усиление пассивного внимания сочетается с повышенной отвлекаемостью активного внимания. Крайней степенью отвлекаемости внимания является гиперметаморфоз (сверхотвлекаемость внимания), когда каждая мелочь привлекает внимание больного, больные выглядят растерянными, реагируют мимикой на самые незначительные раздражители, не способны описать то, что происходит вокруг.

23. Расстройства моторики (психомоторные расстройства)

Двигательные расстройства (психомоторные расстройства) включают в себя гипокинезии, дискинезии и гиперкинезии. В основе этих нарушений лежат расстройства психической сферы

Гипокинезии проявляются замедлением и обеднением движений вплоть до состояния акинезии.

Ступор – психопатологическое расстройство в виде угнетения всех сторон психической деятельности, в первую очередь моторики, мышления и речи.

Депрессивный ступор (меланхолическое оцепенение) – поза больного отражает депрессивный аффект. Обычно больные сохраняют способность простейшим образом реагировать на обращения (наклон головы, односложные ответы шепотом). У некоторых больных могут спонтанно возникать «тяжелые» вздохи, стоны. Продолжительность такого состояния может достигать нескольких недель.

Галлюцинаторный ступор развивается под влиянием галлюцинаторных переживаний. Общая обездвиженность сочетается с различными мимическими реакциями (страх, восторг, удивление, отрешенность). Встречается при интоксикационных, органических психозах, при шизофрении. Продолжительность состояния до нескольких часов.

Апатический (астенический) ступор – полная безучастность и безразличие ко всему. Больные лежат на спине в состоянии прострации. Выражение лица опустошенное. Больные способны реагировать на простые вопросы, однако часто отвечают «не знаю». Больные часто не следят за собой, не соблюдают элементарные правила гигиены.

Истерический ступор возникает обычно у личностей с истерическими чертами характера.

Нередко развитию ступора предшествуют другие истерические расстройства (истерические парезы, псевдодеменция, истерические припадки и т. д.). Больные не отвечают на вопросы, целыми днями лежат в постели. При попытках поднять с постели, накормить или переодеть их больные оказывают сопротивление.

Психогенный ступор развивается остро вследствие действия интенсивной шоковой психотравмы или психотравмирующей ситуации.

Двигательная обездвиженность сочетается с сомато-вегетативными расстройствами (тахикардия, потливость, колебания артериального давления). Проявлений негативизма, как при истерическом ступоре, нет, больных удается переодеть, накормить. Сознание аффективно сужено.

Маниакальный ступор наблюдается при резком переходе депрессивного состояния в маниакальное (и наоборот). Характерно, что больной, находясь в состоянии обездвиженности (сидя или стоя), следит за происходящим одними глазами, сохраняя веселое выражение лица. Встречается при шизофрении, маниакально депрессивном психозе.

Алкогольный ступор встречается крайне редко. Больные пассивно подчиняются осмотру, медицинским процедурам. Возникает при алкогольном онейроиде, энцефалопатии Гайне-Вернике.

24. Моторное возбуждение

Гиперкинезии включают в себя различные насильственные автоматические движения вследствие непроизвольного сокращения мышц и состояния психомоторного возбуждения как крайне выраженного усиления психической и двигательной активности.

Маниакальное (простое) возбуждение обусловлено болезненно повышенным настроением, в легких формах движения взаимосвязаны, логичны и правильны, поведение сохраняет целенаправленность, сопровождается громкой ускоренной речью. В тяжелых случаях движения теряют свою логичность.

Истерическое психомоторное возбуждение всегда чем-то спровоцировано, усиливается по мере привлечения внимания окружающих, всегда демонстративно. В движениях и высказываниях отмечается театральность, манерность.

Гебефреническое возбуждение сопровождается повышенным фоном настроения с оттенком дурашливости. Мимика и движения манерны, вычурны, поступки нелепы. Поведение бессмысленно, больные скидывают одежду, выкрикивают различные фразы с обилием неологизмов. В отличие от маниакального возбуждения в данном случае смех и шутки не заразительны.

Галлюцинаторное (галлюцинаторно-бредовое) возбуждение отражает содержание галлюцинаторных (или бредовых) переживаний. Больные эмоциональны (переживают страх или радость), характерно поведение больных (больные смеются, машут руками или прячутся, спасаются от кого-либо, что-то с себя стряхивают).

Дискинезии очень тесно связаны с патологией воли. Поэтому часто рассматриваются вместе в рамках кататонического синдрома.

Эффекторная онейроидная кататония. Для нее характерны проявления пассивного негативизма в сочетании с изменением сознания, чаще в виде онейроида. При онейроидном кататоническом ступоре перед больным разворачиваются сценopodobные галлюцинаторные образы. На лице часто отмечается застывшее выражение удивления. Воспоминания об имевшемся расстройстве отрывочны или отсутствуют совсем. Кататонический ступор может растягиваться на несколько лет.

Кататоническое возбуждение. Возникает внезапно. Совершаемые поступки импульсивны, непоследовательны, ничем не мотивированы. Для совершаемых действий характерна **стереотипия** – однообразное, зацикленное повторение одних и тех же движений, жестов. Часто отмечаются эхосимптомы – эхолалия, эхопраксия. Речь чаще совершенно бессвязна, сопровождается однообразными высказываниями (вербигерацией). На задаваемые вопросы больные отвечают невпопад. Возбуждение часто сопровождается различными аффективными проявлениями (экстазом, злобой, яростью).

Кататонический синдром чаще всего встречается при шизофрении, но бывает также при экзогенных (травматических, инфекционных, токсических) психозах. Кататонические расстройства характерны для больных в возрасте до 50 лет. У детей чаще отмечаются двигательные стереотипии – бег от стенки до стенки, бег по кругу («манежный бег»).

25. Расстройства влечений

Влечение – потребность, возникающая как неосознанное стремление к чему-либо. Расстройства влечений проявляются их ослаблением, усилением и извращением.

Расстройства влечения к пище (расстройства пищевого влечения).

Анорексия – снижение или отсутствие влечения к еде с утратой чувства голода. Выделяют анорексию нервную, в виде навязчивого стремления к похуданию, наблюдаемую преимущественно у девушек. Нервная анорексия обусловлена наличием дисморфофобических, дисморфоманических переживаний или истерических расстройств личности. При психогенной (психической) анорексии причиной отказа от еды являются психопатологические расстройства.

Полифагия (булимия, обжорство) – чрезмерное влечение к еде. Встречается при слабоумии, шизофрении, мании и эндокринных расстройствах.

Извращение пищевого влечения (поедание несъедобного, парафагия, пикацизм) – стремление поесть несъедобное: землю, уголь, испражнения (копрофагия), мел.

Расстройства влечения к жизни.

Самоистязание – стремление наносить себе побои, причинять телесные страдания. Обычно наблюдается при меланхолическом раптусе, абстиненции, бредовых состояниях.

Самоуродование (самоповреждение, членовредительство) – нанесение себе повреждений, тяжелых увечий. Наиболее тяжелые самоповреждения наносят себе психически больные в состоянии алкогольного делирия и при шизофрении. Расстройство встречается также и при психопатиях, реактивных состояниях.

Самоповреждения могут носить рентный (установочный) характер, когда человек стремится извлечь из этого выгоду.

Самоубийство – преднамеренные, осознанные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни. При разборе мотивов самоубийства выделяют несколько видов суицида:

1) **показное самоубийство** – действия направлены на привлечение к собственной персоне внимания окружающих. Суицид является средством воздействия личности на неблагоприятную ситуацию. Встречается при истерии, тюремных психозах. Всегда совершается на виду;

2) **аффектогенное самоубийство** – совершается под воздействием сильного аффекта, является своеобразной формой аффективной разрядки;

3) **истинный суицид (суицидомания)** – стремление к самоубийству, неоднократное повторение суицидальных попыток. Наиболее характерно для больных МДП в депрессивной фазе, при шизофрении;

4) **рациональный суицид** – самоубийство, совершенное психически здоровым человеком, обычно осуществляемое при наличии неизлечимого соматического заболевания. Суицид рассматривается как единственное средство избавления от страданий.

26. Извращение инстинкта сохранения (продолжения) рода

Гипоэротизм (гипосексуальность) – ослабление, понижение полового влечения. Наблюдается при астении, депрессии, при приеме нейролептических препаратов.

Гиперэротизм (гиперсексуальность) – повышение либидо. Отмечается у больных с органической патологией, при маниакальном синдроме.

Перверзии – извращение полового влечения. Сюда относятся всякие сексуальные отклонения от сексуальной нормы (по МКБ-10: парность, гетеросексуальность, половозрелость, добровольность связи и т. д.

Расстройства половой идентификации.

Транссексуализм – ощущение себя и отнесение себя к противоположному полу, обычно сопровождается стремлением изменить свой внешний облик.

Трансвестизм двойной роли – ограничивается ношением одежды противоположного пола, больные стремятся быть временно признанными лицами противоположного пола.

Расстройство половой идентификации в детском возрасте. Проявляется отказом от ношения женской одежды, имитацией мальчишеского поведения (отказ от мочеиспускания сидя), утверждениями о принадлежности к противоположному полу. Для постановки диагноза необходимо наличие данного расстройства более полугода.

Расстройства сексуального предпочтения.

Гомосексуализм (исключен из МКБ-10) – влечение к лицам своего пола. Может сочетаться с влечением и к противоположному полу (бисексуализм). Больные не стремятся к перемене пола.

Фетишизм – какой-нибудь неживой предмет является объектом сексуального влечения (половой символизм). Чаще всего объектом полового влечения являются детали туалета.

Фетишистский трансвестизм – переодевание в одежду противоположного пола, связанное с половым возбуждением. После сексуального удовлетворения возникает сильное желание снять одежду противоположного пола.

Экспозиционизм – сексуальное возбуждение возникает при демонстрации своих половых органов окружающим, случайным прохожим, нередко сопровождается мастурбацией.

Вуайеризм – тенденция подглядывать за людьми во время сексуальных или интимных занятий, что сочетается с половым возбуждением и мастурбацией. Желание вступить в половую связь с объектом наблюдения отсутствует.

Педофилия – половое влечение проявляется к детям допубертатного возраста.

Садомазохизм – половое возбуждение наступает вследствие причинения (или испытывания) боли и унижения. Может проявляться в чистом виде как садизм, как мазохизм и как смешанная форма извращения – садомазохизм.

Множественные расстройства сексуального предпочтения – характерно сочетание нескольких сексуальных отклонений (фетишизм, трансвестизм, фроттеризм).

27. Расстройства сознания

Сознание – совокупность знаний и представлений человека об окружающем мире и о самом себе. **Нарушение ориентировки (дезориентировка)** -

неспособность правильного осознания окружающей обстановки и собственной личности.

Аллопсихическая (предметная) дезориентировка

проявляется в виде дезориентировки во времени (не могут назвать текущее время суток, число, день недели, месяц, год, время года), в месте (не знают, где находятся, или место пребывания называют неправильно), в ситуации (не могут правильно оценить сложившуюся ситуацию, неправильно определяют окружающих лиц).

Аутопсихическая (личностная) дезориентировка

проявляется в том, что больные неправильно определяют свой возраст, имя, некритически оценивают свое состояние.

Признаки нарушения сознания по К. Ясперсу:

- 1) отрешенность с утратой ясности, отчетливости восприятия окружающего;
- 2) различные виды дезориентировки (бывает предметная и личностная), которые наблюдаются изолированно или вместе;
- 3) бессвязность мышления, утрата его целенаправленности;
- 4) полная или частичная амнезия периода нарушения сознания, часто реальные события полностью амнезируются и сохраняются отрывочные воспоминания о бредовых и галлюцинаторных переживаниях.

Помрачения сознания (количественные изменения сознания)

Оглушение характеризуется повышением порога возбудимости для всех внешних раздражителей. Проявляется задержкой ответных реакций на обычные раздражители. Мышление замедлено, затруднено, ответы односложные, больные не сразу способны осмыслить суть задаваемых вопросов. Период оглушения частично или полностью амнезируется.

Обнубиляция – «вуаль на сознании», «облачность сознания». Больные производят впечатление слегка опьяневших. Речевые реакции замедлены, часты ошибки в ответах, отмечается рассеянность, невнимательность.

Сомнолентность – патологическая сонливость, состояние полусна. Большую часть времени больной проводит лежа с закрытыми глазами. Спонтанная речь отсутствует, но на простые вопросы больные отвечают правильно, более сложные не осмысляются.

Сопор. В основе данного расстройства лежит более значительное повышение порога возбудимости ЦНС. Речевой контакт невозможен, аллопсихическая ориентировка, как правило, полностью отсутствует. Период помрачения сознания полностью амнезируется.

Кома – бессознательное состояние с полным отсутствием ответных реакций. Первой исчезает болевая чувствительность, затем исчезают зрачковый, роговичный и глотательный рефлексы. Последними исчезают сухожильные рефлексы, и появляются патологические.

Помрачения сознания встречаются при интоксикациях, расстройствах обмена веществ, черепно-мозговых травмах, опухолях мозга.

28. Делирий

Делирий – выраженное расстройство предметной ориентировки при сохранности личностной. Выражена продуктивная патопсихологическая симптоматика в виде галлюцинаций, аффекта страха, чувственного бреда и нередко психомоторного возбуждения.

В поведении отражается содержание галлюцинаций и чувственного бреда. Для делирия характерно наличие стадийности в процессе развития.

1. Стадия предвестников (начальная стадия). Появляется говорливость, общая возбужденность. Выражена отвлекаемость, непоследовательность, эмоциональная лабильность. Характерны явления общей гиперестезии: неприятен яркий свет, привычная еда приобретает интенсивный вкус, неприятные запахи становятся невыносимыми, больные вздрагивают даже при незначительных звуках.

2. Гипнагогическая стадия. Характерно усиление симптомов первой стадии. В высказываниях больного заметна непоследовательность, достигающая уровня легкой бессвязности. Эпизодически возникают явления аллопсихической дезориентировки. При закрытых глазах – гипнагогические галлюцинации. Появляются зрительные иллюзии.

3. Стадия галлюцинаций. Характерно появление ярких истинных зрительных, слуховых и тактильных галлюцинаций. Поведение больного диктуется содержанием галлюцинаторных переживаний. Мимика выражает аффективные переживания. Появляется образный, чувственный бред. Аутопсихическая ориентировка сохранена, в окружающем больные полностью дезориентированы.

Проявление психопатологической симптоматики днем несколько ослабевает, отмечаются люцидные окна – короткие периоды ясного сознания. К вечеру психопатологическая симптоматика усиливается, отмечается стойкая бессонница.

Если развитие делирия ограничивается второй или третьей стадией, то у больных сохраняются частичные воспоминания об имевшихся психических расстройствах.

При неблагоприятном развитии основного заболевания, которое явилось причиной психических расстройств, могут отмечаться тяжелые формы делирия – профессиональный и мусситирующий.

Профессиональный делирий (бред занятости). Характерно выполнение однообразных привычных или профессиональных действий (готовка еды, шитье, уборка и т. п.). Двигательное возбуждение возникает обычно на ограниченном пространстве, сопровождается отдельными редкими словами или короткими фразами. Речевой контакт практически невозможен. Амнезия всегда полная.

Мусситирующий («бормочущий», «тихий» делирий). Характерно неkoordinированное двигательное возбуждение в пределах постели. Больные что-то с себя стряхивают, совершают хватательные движения. Речь представляет собой тихое невнятное бормотание. Речевой контакт невозможен.

Продолжительность делирия – до недели. Исчезновение расстройств обычно происходит критически, сменяясь глубоким сном.

29. Изменение сознания

Онейроид (шизофренический делирий) – изменение сознания с наплывом фантастических представлений, которые переплетаются с реальностью. (Содержание зрительных образов сценоподобно, связано какой-либо сюжетной линией. Больной является участником мнимых событий. Расстройства восприятия носят характер псевдогаллюцинаций (зрительный псевдогаллюциноз). Все виды ориентировки нарушены (бредовая дезориентировка).

Отмечаются аффективные и двигательные (в том числе и кататонические) расстройства. Речевой контакт с больным почти всегда невозможен.

Аменция (инкогеренция сознания). Характерны глубокие нарушения всех видов психической деятельности. Речь бессвязна, состоит из отдельных слов, слогов или нечленораздельных звуков. Аффективные реакции очень изменчивы, наиболее часто отмечается аффект недоумения в сочетании с растерянным выражением лица. Двигательное возбуждение ограничивается некоординированными движениями в пределах постели, часто сменяется ступором. Двигательная заторможенность может сосуществовать с речевым возбуждением. Словесный контакт невозможен. Все виды ориентировки нарушены.

Сумеречное расстройство сознания («сумерки») – сужение психического поля зрения, избирательное восприятие окружающего при сохранении привычных автоматизированных действий. Возникает внезапно, часто на непродолжительное время (минуты, часы, очень редко держится более суток). Наблюдается при эпилепсии, органической энцефалопатии с эпилептиформным синдромом, интоксикациях. Имеет тенденцию к повторению. В зависимости от клинической картины выделяют несколько вариантов сумеречного расстройства сознания.

Психотическая (классическая) форма сопровождается нарушением ориентировки в окружающем и собственной личности, галлюцинациями, бредом и измененным аффектом. Развивается относительно постепенно (с элементарных галлюцинаторных переживаний). Галлюцинации, как правило, устрашающего характера (надвигающаяся толпа людей, мчащийся на больного транспорт). Аффективные расстройства интенсивны и отличаются напряженностью (страх, злоба, ярость). Преобладают бредовые идеи преследования. Слова и действия отражают суть патологических переживаний. Об имеющихся психопатологических расстройствах можно судить по спонтанным высказываниям больного. Словесный контакт затруднен, но возможен. Характерно двигательное возбуждение с агрессивными действиями. После выхода обычно наблюдается полная амнезия на реальные события, могут сохраняться отрывочные воспоминания о галлюцинаторных переживаниях.

Продолжительность расстройства от нескольких часов до недели. Приступы амбулаторного автоматизма, разновидность приступов суженного сознания, развиваются внезапно. Больные полностью отключены от реальности, словесный контакт невозможен. Спонтанная речь или отсутствует, или ограничивается стереотипным повторением отдельных фраз.

30. Астенический синдром (астения)

Наблюдается при неврастении, соматических заболеваниях, легких вариантах экзогенно-органических расстройств.

Истощаемость психических процессов проявляется повышенной утомляемостью, снижением продуктивности в работе. Характерно нарушение внимания, оно истожаемо, отвлекаемо, неустойчиво. Больные часто испытывают затруднение в выражении своих мыслей, им трудно подобрать нужные слова. Затруднено запоминание новой информации и воспроизведение уже накопленных знаний. Характерна суточная ритмичность (утром больные чувствуют себя лучше, а вечером хуже).

Аффективные расстройства проявляются вспыльчивостью, раздражительностью, слабодушием. Могут отмечаться депрессивные проявления в виде снижения самооценки и пониженного фона настроения. Достаточно незначительной причины для того, чтобы у больного появились тревожные опасения, которые, однако, легко сменяются необоснованным оптимизмом.

Вегетативные расстройства наиболее часто встречаются в виде нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы (тахикардия, лабильность пульса, колебания артериального давления, повышенная потливость). Характерны зябкость и приливы жара.

Часто отмечаются функциональные расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта (снижение аппетита, запоры), половой сферы (снижение либидо, импотенция).

У многих больных выявляются жалобы на головные боли, чувство тяжести в голове.

Метеолабильность проявляется тем, что больные реагируют на изменения погоды, в частности на перепады атмосферного давления, влажности и температуры. Сон беспокойный, характерны тревожные сновидения. При гиперстеническом варианте астении затруднено засыпание (симптом «беспокойных ног»). Отсутствие чувства отдыха после сна, дневная сонливость.

Выделяют два варианта астенического синдрома.

Гиперстенический вариант – астения с преобладанием процессов возбуждения. Больные нетерпеливы, раздражительны, не выносят ситуаций ожидания, взвинчены и истощены.

Гипостенический вариант – стения с преобладанием процессов торможения. Характерна повышенная утомляемость, истожаемость. Больные постоянно чувствуют себя усталыми.

Церебрастения – вариант астенического синдрома при органических заболеваниях головного мозга. На первом плане расстройств отмечается снижение памяти (гипомнезия) и метеолабильность. Возможно появление легких неврологических расстройств.

Обсессивный синдром (синдром навязчивых состояний, обсессивно-фобически-компульсивный синдром). Для данного синдрома характерны различные варианты навязчивостей. Иногда из-за особенностей клинической картины отдельно выделяют обсессивный и фобический синдромы. Фобические расстройства в начальных проявлениях обычно представлены недифференцированными страхами, опасениями, которые затем трансформируются в какую-то конкретную фобию.

В типичных случаях сначала возникает монофобия, которая с течением времени «обращает» другими близкими и связанными по смыслу навязчивыми опасениями. Больные осознают нелепость своих страхов, однако ничего не могут с собой поделать, стараются всячески отделаться от них, стремятся избегать фобиогенных ситуаций.

31. Истерический синдром

Для клиники истерического синдрома характерны многообразие и вариабельность симптомов. Всегда в той или иной степени выражены личностные особенности больного в виде эгоцентризма, театральности, демонстративности, большой внушаемости и самовнушаемости. Стремление привлечь к своей персоне внимание окружающих достигается всевозможными способами, в том числе и псевдологией (умышленное преувеличение, искажение событий, самооговоры, ложь, целью которой не является получение какой-либо материальной выгоды).

Постоянно отмечается эмоциональная лабильность, незрелость, поверхностность эмоций. Выделяют несколько групп основных нарушений в структуре истерического синдрома.

Двигательные нарушения представлены истерическими гиперкинезами (чаще тремор конечностей или головы, который проходит при отвлечении больного, при смене обстановки), нарушениями походки, симптомом астазии-абазии (подкашивание ног, медленное оседание, неспособность ходить при полной сохранности всех движений и мышечной силы в положении лежа). Истерические параличи и парезы также не соответствуют зонам иннервации, сохраняются рефлексы и мышечный тонус, отсутствуют трофические расстройства.

Нередки истерические припадки, которые возникают в прямой связи с психогенными факторами. Структура, последовательность и продолжительность двигательных проявлений весьма полиморфна в каждом индивидуальном случае. Всегда возникают перед «зрителями». Сознание при припадке не нарушено, может быть в ряде случаев суженным.

При падении больные не получают каких-либо повреждений, не наблюдается прикуса языка, нет непроизвольного мочеиспускания и дефекации. Болевая чувствительность и реакция зрачков на свет сохранены, нередко больные реагируют на замечания окружающих. Продолжительность припадков иногда может достигать нескольких часов, особенно при большом скоплении обеспокоенных людей. По окончании припадков сон не наступает.

Среди расстройств речи наиболее часто отмечается истерическая афония (полная или частичная утрата звучности голоса). Ее отличительной особенностью является сохранение звучности голоса при кашле. При истерическом мутизме (в отличие от кататонического) больные поддерживают контакт с окружающими жестами или письменно. Также характерно то, что они при этом не совершают никаких попыток произнести слово. Реже отмечается истерический сурдомутизм (глухонемого).

Нарушения чувствительности проявляются в виде истерической слепоты, глухоты, анестезии. Расстройства чувствительности не соответствуют зонам иннервации, отражают представления и суждения больных. Характерно снижение чувствительности по типу «носков», «куртки», «перчаток», онемения половины тела. Также часто проявляются различные алгии, которые захватывают все тело, голову, суставы, область сердца, живота.

Для сомато-вегетативных расстройств характерны: истерический ком (спазм гортани, ощущение комка в горле), чувство нехватки воздуха, одышка, истерический («протестный») кашель, зевота, икота, рвота. Со стороны пищеварительной системы часто отмечаются дисфагия (расстройства глотания), понос, запоры. Часты половые нарушения, ложная беременность.

32. Маниакально-депрессивный синдром

Депрессивный синдром проявляется триадой облигатных симптомов: ухудшение настроения, мыслительного процесса, двигательной заторможенностью.

Факультативные признаки депрессивного синдрома: гипостезия, сверхценные и бредовые идеи самообвинения и самоуничтожения, реакции тревоги и страха, угнетение желаний и влечений, суицидальные тенденции.

Ажитированная (тревожная) депрессия. В синдроме депрессии вместо двигательной заторможенности присутствует двигательное беспокойство (ажитация).

Бредовая депрессия проявляется наличием в структуре депрессии бреда самообвинения или самоуничтожения.

Синдром Котара (мегаломанический бред) – сочетание тревожно-ажитированной депрессии с ипохондрически-депрессивным бредом отрицания и громадности. Больные утверждают, что они утратили все моральные, интеллектуальные и физические качества. Для нигилистического бреда характерны утверждения, что больного нет вообще, что он никогда не жил и т. д.

Больные считают себя виновными в свершении всех мировых катаклизмов, отождествляют себя с отрицательными мифическими и историческими персонажами.

Депрессия с навязчивостями (ананкастическая депрессия). На первый план выступают разнообразные навязчивости, чаще нозофобии.

Маскированная (соматизированная, ларвированная) депрессия. На первый план выступают сомато-вегетативные расстройства, которые маскируют аффект тоски.

Депрессия с дисфорическим оттенком («ворчливая» депрессия) – наличие в структуре депрессии раздражительности и недовольства, характерна для цереброорганической патологии.

Апатическая депрессия – на первый план выступают снижение побуждений, адинамия, безразличие, характерна для шизофрении.

«Улыбающаяся» (депрессия без депрессии) – нет выраженной двигательной заторможенности. На лице больных часто можно видеть ироническую или скорбную улыбку. При такой депрессии высок риск суицида.

Сенесто-ипохондрическая депрессия – в клинической картине преобладают сенестопатии, сенесто-ипохондрические переживания. Характерна для сосудистой патологии головного мозга.

Маниакальный синдром. Маниакальный синдром в своем классическом варианте включает триаду психопатологических симптомов: повышение настроения, ускорение ассоциативного процесса, речедвигательное возбуждение.

Повышенный аффект влияет на все стороны психической деятельности, отмечается необычная яркость восприятия окружающего, наблюдаются явления гипермнезии, склонность к переоценке своих возможностей и собственной личности. Мимика, пантомимика и весь внешний вид больного выражают радость.

Маниакальный синдром с гневливостью (гневливая мания). В клинике маниакального синдрома преобладает дисфорический аффект. Всегда отмечается маниакальная гипербулия с переоценкой социальной значимости своей личности (бреда реформаторства, величия нет).

Маниакальный синдром с бредом. Бред величия, богатства, эротический, изобретательства, реформаторства сопутствует аффекту радости.

33. Судорожные пароксизмы

Пароксизмы (припадки) – внезапно развивающиеся, кратковременные (до нескольких секунд, реже до нескольких дней) состояния двигательных расстройств, вегетативных расстройств и различных изменений ясности сознания.

Продромальные явления возникают за несколько часов или дней до припадка.

Аура припадка – это особое состояние, которое наблюдается у 30 % больных, длится несколько секунд.

Сенсорная аура проявляется различными патологическими ощущениями (онемение, боль, сжатие, жжение, ощущение холода).

Психическая аура характеризуется наличием иллюзий, галлюцинаторных переживаний, дереализации, деперсонализации, разнообразными нарушениями мышления.

Вегетосенсорная (вегетативная) аура проявляется в форме секреторных расстройств (слинотечение), сосудистых нарушений (приливы жара, покраснение, потливость).

Вестибулярная аура проявляется головокружением, нарушением равновесия.

Двигательная (моторная) аура проявляется судорожными сокращениями отдельных мышц, жевательно-глотательными движениями, пароксизмами ходьбы или бега.

Большой судорожный припадок протекает со сменой двух фаз: фазы тонических судорог и фазы клонических судорог. Общая продолжительность судорог 2–3 мин.

С началом тонической фазы сознание помрачено до уровня комы, утрачиваются рефлексы.

Больной падает на том месте, где его застал припадок, в результате тонического спазма мышц голосового аппарата отмечается характерный пронзительный выкрик. Продолжительность фазы до 1 мин. Все группы мышц напряжены, из-за тонического спазма дыхательной мускулатуры отмечается цианоз.

Фаза клонических судорог более продолжительна, характерны мелкоамплитудные подергивания всех групп мышц, наблюдается прикус языка или слизи щек, мочеиспускание. В связи с повышенным выделением слюны изо рта часто появляется пена, окрашенная кровью.

Заканчивается приступ чаще глубоким сном (2–3 ч), из которого больного очень трудно вывести. Может отмечаться сумеречное помрачение сознания, оглушение с двигательным возбуждением, очень редко сознание восстанавливается сразу. Сам приступ больной не помнит, но может догадываться о том, что он был, по последствиям (непроизвольное мочеиспускание, дефекация, прикус языка, ощущение слабости, разбитости).

Малые припадки (*petit-mal*). В отличие от большого судорожного припадка больные не падают, судороги не носят общий характер, а захватывают отдельные мышечные группы (лицо, верхние конечности), возникают на очень непродолжительное время (несколько секунд).

Те же фазы, симптомы-предвестники, ауры чаще нет. Больной на несколько секунд теряет сознание. Проявляются чаще клоническими судорогами, обязательны вегетативные нарушения (больной бледнеет, покрывается потом, отмечается слюнотечение).

34. Бессудорожные пароксизмы

Абсансы (абсанс – «отсутствие») – кратковременное выключение сознания, сопровождается иногда падением мышечного тонуса (но больные не падают, а застывают в той позе, в какой их застал припадок, могут выронить какой-либо предмет или роняют голову на грудь), длится несколько секунд. Лицо амимично, взгляд застывший, может быть слюнотечение, «игра» вазомоторов. Состояния чаще наблюдаются в клинике эпилепсии у детей.

Сложные абсансы проявляются в виде кратковременных потерь сознания с судорожными рудиментарными компонентами:

- 1) абсанс автоматизма – присутствуют привычные двигательные действия (потирание рук, различные жесты);
- 2) абсанс кашлевой – выключение сознания сопровождается кашлем;
- 3) абсанс энуретический – сопровождается опорожнением мочевого пузыря, иногда выключение сознания может быть кратковременным и мочевой пузырь может не опорожняться полностью.

Пикнолепсия (пикноэпилепсия) – форма эпилепсии, сопровождающаяся простыми абсансами и сложными абсансами, которые возникают сериями до 50 приступов в сутки. Наблюдается у детей в возрасте 4-10 лет. Припадки становятся реже и исчезают с наступлением половой зрелости. Иногда приступы сменяются большими судорожными автоматизмами.

Дисфории – пароксизмально возникающие изменения настроения с формированием тоскливо-злобно-раздражительного аффекта. Эмоциональное состояние требует разрядки, больные конфликтуют с окружающими, становятся придиричивыми.

Диэнцефальные (вегетососудистые) пароксизмы. Характерны приступы в виде колебаний артериального давления, аритмий, потливости, позывов на мочеиспускание, профузных поносов, гипертермии.

Психомоторные пароксизмы – приступообразно возникающие, относительно кратковременные психические нарушения в виде психосенсорных расстройств (см. «Расстройства восприятия»), галлюцинаторных переживаний, аффективных пароксизмов.

Характерны скоротечность, повторяемость, однообразие психопатологических расстройств у одних тех же больных. Состояния длятся несколько секунд, характерны для височной формы эпилепсии.

Частота припадков определяется следующим образом:

- 1) редкие – возникает один припадок не чаще чем раз в месяц, больные находятся на плановом наблюдении;
- 2) частые – несколько припадков в неделю, больные нуждаются в тщательном наблюдении;
- 3) серийные – в течение дня наблюдается несколько припадков, больные нуждаются в неотложной терапии.

Эпилептический статус – возникновение серии припадков, больной не приходит в сознание. Количество припадков может достигать нескольких сотен в день. Это крайне опасное для жизни состояние. Необходим комплекс реанимационных мероприятий.

Психоорганический синдром представляет собой симптомокомплекс нарушений памяти, интеллекта и аффективных нарушений. Также характерно присутствие в клинической картине различной степени выраженности проявлений астении и психопатологических изменений личности.

35. Классический вариант психоорганического синдрома

Нарушения памяти в той или иной степени затрагивают все три ее функции (фиксацию, ретенцию и воспроизведение). В одних случаях преобладают дис-мнестические расстройства, в других амнестические (чаще фиксационная и прогрессирующая амнезии).

Интеллектуальные расстройства представлены в виде снижения уровня суждений и умозаключений.

Характерны ограничение круга интересов, невозможность осмысления сложных ситуаций.

Обычно темп психических процессов замедлен, речь обеднена словами, в высказываниях часто встречаются вспомогательные слова.

В беседе больные часто «застревают» на несущественных деталях, не могут выделить главного, не способны быстро переключиться с одной мысли на другую.

Аффективные реакции неустойчивы, часто сменяются и бурно проявляются (недержание аффекта), непродолжительны. Аффект меняется в зависимости от тона, в котором ведется беседа (аффективная индукция). Поведение подчинено аффекту, больные могут совершать противоправные действия, особенно при выраженном интеллектуальном снижении.

Астенические проявления постоянны (хотя могут отсутствовать при атрофических процессах при болезни Пика, Альцгеймера, хорее Гентингтона, старческом слабоумии). В одних случаях преобладают симптомы повышенной истощаемости, в других отмечается повышенная раздражительность.

В легких случаях характерно заострение астенических и истерических черт характера.

В более выраженных случаях нередко отмечаются: возбудимость, агрессивность, асоциальное поведение, нарушение влечений (садизм, дромомания, клептомания).

При выраженном психоорганическом синдроме происходит нивелировка личностных особенностей, когда невозможно определить прежний характер больного (больные становятся похожими друг на друга).

При некоторых заболеваниях (болезнь Пика, прогрессивный паралич) нивелировка личностных особенностей наблюдается с самого начала заболевания.

Неврологические нарушения представлены в виде головных болей, головокружений, метеолабильности, иногда в клинике присутствуют специфические симптомы, которые отражают локализацию патологического процесса в головном мозге.

Для большинства больных характерна легкость возникновения экзогенных типов психических расстройств под влиянием соматических заболеваний, интоксикаций, ятрогений, – симптоматическая лабильность.

Чаще всего возникает делирий. В ряде случаев возможно возникновение эндоформных психозов, их продолжительность может растягиваться на несколько лет. По мере прогрессирования психоорганического синдрома возможность таких проявлений уменьшается.

Синдром Корсакова. Проявляется в виде фиксационной амнезии, амнестической дезориентировки, часто конфабуляциями

Лобный синдром. Возникает при локальном повреждении лобных долей (опухоли, травмы). Проявляется в виде двух вариантов.

1. Резкое снижение побуждений, адинамия, равнодушие, потеря интереса к окружающему (аспонтанность).

2. Повышенное настроение, беспечность, склонность к неуместным шуткам и поступкам, часто расторможены низшие влечения.

36. Негативные (дефицитарные) синдромы

Негативные синдромы – это стойкие или обратимые изменения личности в виде снижения, дефекта или выпадения какой либо функции. Продуктивные и негативные симптомы (синдромы) всегда существуют в комплексе, всегда взаимосвязаны. Выраженность негативных проявлений определяет прогноз заболевания. Уровень их тяжести свидетельствует о глубине поражения психики.

Реактивная лабильность. Наиболее часто отмечаются дистимические и астенические расстройства, нарушения сна и снижение продуктивности в работе. В отличие от астении симптоматика реактивной лабильности нестойкая и не сопровождается вегетативными проявлениями. Реактивная лабильность всегда выявляется на субъективном уровне.

Обычно больные говорят о наличии у них постоянных переживаний, волнений, раздражительности, скуки, вялости, сонливости. Однако эти расстройства не расцениваются как болезненные, в этих случаях уместнее говорить о психическом дискомфорте.

Негативные проявления данного уровня не нарушают социальной адаптации в рамках привычного жизненного стереотипа.

Больные сознательно стараются избегать ситуаций, требующих от них формирования новых приспособительных навыков и ломающих привычный уклад жизни.

Изменение личности. Изменения личности носят стойкий характер и наблюдаются в течение длительного времени, возможна их объективная оценка, страдает социальная адаптация.

Астенический личностный сдвиг. В отличие от реактивной лабильности изменения характера становятся заметны окружающим (снижение активности, тревожность, пониженная самооценка, неуверенность в себе).

Гиперстенический (стенический) вариант характерен тем, что на фоне субдепрессивного настроения отмечается настойчивость, упрямство, ригидность.

Редукция энергетического потенциала. Редукция энергетического потенциала (синдром эмоционально-волевого снижения) проявляется пассивностью, вялостью, снижением эмоционального резонанса, стойким снижением продуктивности в работе (особенно если работа требует приобретения новых знаний и творческого элемента).

Амнестический синдром. Среди истинно дефицитарных и необратимых амнезий выделяют прогрессирующую амнезию. Примером прогрессирующей амнезии является распад памяти при болезни Альцгеймера и старческом слабоумии.

Слабоумие – достаточно глубокое обеднение всей психической деятельности (в первую очередь интеллекта, эмоционально-волевой сферы и индивидуальных личностных особенностей), с утратой способности к приобретению новых знаний и к их использованию.

Психический маразм – полный распад психической деятельности. Больные утрачивают все навыки, не в состоянии самостоятельно передвигаться. Речевые реакции представлены в виде криков, стонов, возникающих или спонтанно, или в ответ на внешние раздражители. Могут отмечаться различные патологические рефлексy, оральные, хватательные автоматизмы, насильственный смех и плач. Аппетит часто повышен, больные перестают следить за собой. Маразм всегда является необратимым состоянием.

37. Преморбидные типы личности

Гипертимный тип личности отличается, как правило, возвышенным настроением, высоким жизненным тонусом, активностью. Больные тягостятся одиночеством и вынужденным бездельем, но стремятся к самостоятельности и независимости.

В то же время больные плохо переносят жесткую дисциплину и регламентированный режим; интересуясь новым, они часто не доводят начатое дело до конца.

Циклоидный, или аффективно-лабильный, тип личности характеризуется сменой периодов подъема периодами спада настроения и тонуса, во время которых у больных отмечаются: вялость, упадок сил, снижение работоспособности, они становятся при этом малообщительными и бездеятельными. Даже самые незначительные неприятности в эти моменты переживаются больными очень тяжело. Достаточно часто между периодами подъема и периодами спада могут быть продолжительные периоды ровного настроения.

Эмоционально-лабильный тип характеризуется крайней изменчивостью настроения.

В жизненном плане таких больных от настроения зависит практически все: самочувствие, работоспособность, общительность и отношение к окружающим. Лица с эмоционально-лабильным типом личности тяжело переживают неприятности, склонны к невротическим реакциям, искренне привязываясь к тем, от кого видят заботу и внимание.

Сенситивный (тревожный, боязливый) тип личности отличается большой впечатлительностью, чувством собственной неполноценности. Как правило, такие люди среди посторонних или в незнакомой обстановке робки и застенчивы, общительны с теми, к кому привыкли.

У больных до чрезвычайности развито чувство долга, ответственности

Психастенический (педантичный) тип личности сочетает в себе склонность к рассуждательству, нерешительность с тревожной мнительностью в виде опасений за свое будущее и будущее близких. Такие лица живут с мыслью, что если не уклоняться от заведенного порядка или намеченного плана, то ничего плохого не случится. Когда решение уже принято, нерешительность сочетается с нетерпеливостью.

Шизоидный (интровертированный) тип личности характеризуется замкнутостью, формальные контакты, как правило, не затруднены, зато непосильной задачей часто оказываются эмоциональные контакты. Замкнутость, сочетаясь с внешней сдержанностью и холодностью, проявляется в неумении откликнуться на радость, печаль или опасения другого человека, в недостатке сопереживания.

Эпилептоидный (возбудимый) тип личности обычно отличается склонностью к коротким периодам злобно-тоскливого настроения с накапливающим раздражением и поиском объекта, на котором можно сорвать зло. В такие периоды часто проявляется аффективная взрывчатость, в состоянии которой больные могут доходить до безудержной ярости.

Истероидный (демонстративный) тип личности обращает на себя внимание ненасытной жадой власти, стремлением быть в центре внимания. Для достижения таких целей больные проявляют лживость и фантазирование, наигранно-преувеличенную экспрессию эмоций, склонность к рисовке и позерству, чрезмерную драматизацию событий. Неустойчивый тип личности характеризуется постоянной повышенной тягой к удовольствиям, праздности, безделью, стремлением уклониться от любого труда, исполнения обязанностей и долга.

38. Расстройства личности (астенической, тревожно-мнительная, психастеническая психопатии)

Расстройства личности (психопатии) – патологические характеры, могут быть конституциональными, наследственно обусловленными или вырабатываемыми вследствие продолжительного, особо неблагоприятного влияния среды, как правило, в детстве.

Особую группу составляет патологическое развитие личности, обусловленное тяжелыми физическими дефектами, такими как слепота, глухота, врожденные параличи. Зачастую личностные дефекты появляются после тяжелых психических заболеваний, органических поражений головного мозга.

Клинические варианты психопатий. Существуют различные классификации психопатий. В данной книге представлена классификация, включающая наиболее признанные клинической практикой варианты психопатий.

Для лиц с астенической психопатией характерна склонность к перекладыванию ответственности с себя на других. Настроение у таких людей неустойчивое, отличается преобладанием пессимистических реакций и слезливости. Помимо этого, они плохо переносят умственное и физическое напряжение, а также различные раздражители, например яркий свет и шум, избегают каких-либо дополнительных нагрузок. Довольно часто без видимых оснований лица с астенической психопатией чувствуют себя усталыми и бессильными. Пациенты отличаются ранимостью и повышенной чувствительностью к обидам. При возникновении сложных ситуаций они занимают пассивно-оборонительное положение. Как правило, лицам с астеническим типом телесной конституции и вегетативной лабильностью свойственно возникновение астенической психопатии, которая протекает в сочетании с артериальной гипотонией, вегетативными дисфункциями и респираторными инфекциями.

Психопатия тревожно-мнительного типа характеризуется постоянным чувством внутреннего напряжения и тревоги, застенчивостью и чувством собственной неполноценности, неуверенности в себе, постоянными стремлениями понравиться и быть хорошим для других людей, хотят быть другими людьми, а также болезненной чувствительностью к критике со стороны. Двумя главными чертами таких больных являются большая впечатлительность и чувство собственной неполноценности. Видя в себе множество недостатков, зачастую боятся быть осмеянными и подвергнутыми осуждению окружающих.

Больные склонны к депрессивным реакциям, во время которых могут осуществить суицидальную попытку или совершают неожиданные отчаянные поступки, приводящие к тяжким последствиям, вплоть до нанесения увечий или убийств своих обидчиков.

Психастеническая психопатия характеризуется нерешительностью, терзающими сомнениями, излишней предусмотрительностью в отношении возможно опасных или неприятных для себя событий, стремлением всегда достигать наивысших результатов, все сделать лучшим, крайней озабоченностью в пустяковых вещах, чрезвычайной совестливостью, скрупулезностью, мешающими испытывать удовольствие, педантизмом и соблюдением условностей с ограниченной способностью выражать теплые чувства. Как правило, данный тип психопатии проявляется с детства, усиливаясь при самостоятельной жизни.

39. Расстройства личности (шизоидная, неустойчивая, истерическая, возбудимая, эпилептоидная психопатии)

Шизоидная психопатия отличается такими особенностями личности: неспособностью переживать наслаждения, эмоциональной холодностью, слабой реакцией на похвалу и порицания, сниженным интересом к сексуальному общению с противоположным полом, склонностью к фантазированию про себя, погружению во внутренний мир, недостатком доверительных контактов, трудностью понимания и усвоения общепринятых норм поведения.

Характерной особенностью является замкнутость. Как правило, такие лица живут своими интересами и увлечениями (хобби), в которых могут добиваться уникальных успехов.

Для неустойчивой психопатии характерны следующие признаки: пренебрежение чувствами окружающих, безответственность и игнорирование социальных норм, правил и обязанностей, неспособность поддерживать устойчивые отношения с другими, невозможность достигнуть желаемого, вспышки агрессии и жестокости, отсутствие чувства вины, склонность во всем обвинять других и жаловаться на неудачи, повышенная раздражительность.

Наиболее выраженной чертой служит постоянная жажда легких развлечений и наслаждений, уклонение от всякого труда, учебы, выполнения любых обязанностей (как общественных, так и семейных). Больных с детского возраста тянет к асоциальным компаниям, алкоголю, наркотикам. В зрелом возрасте сексуальная жизнь служит источником наслаждений. Они способны влюбляться и привязываться к близким и друзьям, живут только настоящим, слабовольны и трусливы, плохо переносят одиночество, не способны сами чем-нибудь занять себя.

Истерическая психопатия диагностируется при наличии склонности к самодраматизации, театрального поведения, преувеличения в выражении эмоций, а также внушаемости, легкой податливости, эгоцентричности со стремлением не считаться с интересами других, постоянного желания быть оцененным и находится в центре внимания окружающих его людей. Последняя черта характера является наиболее яркой.

Эксплозивная (возбудимая) психопатия характеризуется чрезмерной возбудимостью, импульсивностью, взрывчатостью, конфликтностью, вплоть до злобности и агрессивности.

Больные вступают в конфликты с окружающими их людьми по самым незначительным поводам, не считаясь с ситуацией, плохо контролируют поведение, в ссорах часто переходят на крик, брань, не соизмеряя собственные силы и физические возможности соперника, могут устроить драку. Медленно продвигаются по службе, так как вступают в открытые конфликты как с подчиненными, так и с начальством, наживая себе множество врагов. С близкими родственниками ведут себя крайне жестоко, прибегают к рукоприкладству, подвергают телесным наказаниям детей. Настроение изменяется без видимой причины, временами приобретая дисфорическую окраску.

Эпилептоидная психопатия характеризуется периодическим возникновением состояния дисфории, т. е. мрачно-злобного настроения, во время которого больные ищут, на ком бы сорвать накопившееся зло, и которое длится от нескольких часов до нескольких дней. Такому состоянию предшествует постепенное закипание подавляемого раздражения.

40. Аффективные расстройства настроения

Настроение – преобладающее на определенный период и оказывающее влияние на всю психическую деятельность эмоциональное состояние.

Все нарушения настроения характеризуются двумя вариантами: симптомами с усилением и ослаблением эмоциональности. Гипертимия, эйфория, гипотимия, дисфория, тревога, эмоциональная слабость относятся к расстройствам с усилением эмоциональности.

Гипертимия – повышенное, радостное настроение, проявляющееся легкостью в решении всех вопросов, наплывом бодрости, прекрасным физическим самочувствием.

Эйфория – беспечное, благодушное, беззаботное настроение, сопровождающееся переживанием полного удовлетворения своих потребностей и недостаточной оценкой происходящих событий.

Гипотимия – сниженное настроение, переживание подавленности, тоскливости, безысходности. Внимание зафиксировано только на отрицательных событиях.

Дисфория характеризуется злобно-тоскливым настроением с чувством недовольства собой и окружающими.

Тревога – чувство внутреннего беспокойства, ожидание беды, неприятностей, катастрофы; может сопровождаться вегетативными реакциями, двигательным беспокойством. Достаточно часто тревога перерастает в панику.

Эмоциональная слабость, или так называемая лабильность, проявляется неустойчивостью настроения, изменением его под влиянием незначительных событий. Такие люди легко могут впасть в состояние

умиления, сентиментальности с появлением слабодушия (слезливости).

Болезненное психическое бесчувствие. Больные мучительно переживают утрату всех человеческих чувств – сострадания, горя, тоски, любви к близким. Пациенты говорят, что стали «как дерево», уверяют, что тоска легче, так как в ней человеческие переживания.

Такие состояния, как апатия, эмоциональная монотонность, эмоциональное огрубение, эмоциональная тугость относятся к нарушениям настроения со снижением эмоциональности.

Апатия – бесчувственность, расстройство эмоционально-волевой сферы, проявляющееся безразличием к себе, окружающим лицам и событиям, отсутствием желаний, побуждений и полной бездеятельностью.

Эмоциональная монотонность отличается ровным, холодным отношением ко всем событиям, независимо от эмоциональной значимости.

Эмоциональное огрубение характеризуется утратой наиболее тонких дифференцированных эмоциональных реакций: исчезает деликатность, сопереживание, появляется расторможенность, назойливость, бесцеремонность.

Эмоциональная тупость – расстройство, которое характеризуется слабостью эмоциональных реакций и контактов, оскудением чувств, эмоциональной холодностью, переходящее в полное равнодушие и безучастность. Больные становятся равнодушными и холодными к близким людям, их не трогает ни болезнь, ни смерть родственников, иногда сохраняются грубо эгоистические интересы.

Нарушения настроения и эмоционального реагирования обычно сопровождаются изменениями выразительных движений. Они могут быть неадекватными по силе и выраженности эмоциональному состоянию.

41. Современное состояние вопроса о сущности шизофрении

Шизофрения – прогрессирующее психическое заболевание, появляющееся на базе генетической предрасположенности, которое имеет непрекращающееся в течение длительного времени либо приступообразное течение и провоцирует появление своеобразных личностных изменений в виде дезинтеграции психики, аутизма, эмоционального обеднения и снижения активности.

Шизофрения занимает особое место среди всех форм психической патологии из-за своей частотности и распространенности, в большинстве случаев характеризуется неблагоприятным развитием, возникновением у некоторых больных сильного психического нарушения и негативными социальными последствиями для личности, вплоть до потери трудоспособности.

Симптоматология шизофрении многообразна и своеобразна. Легче перечислить психопатологические симптомы и синдромы, которые не характерны для шизофрении, чем те, которые встречаются часто.

Некоторые симптомы и синдромы встречаются у большинства больных шизофренией, однако их диагностическая значимость относительно невелика, поскольку эти же симптомы и синдромы характерны для большинства других психических заболеваний (например, бред преследования). Другие выявляются далеко не у всех больных шизофренией, но точно появляются почти только при шизофрении (разорванность мышления и речи) и являются для этой болезни патогномоничными, близкими к специфическим проявлениями.

Как и в общей психопатологии в целом, клинические проявления шизофрении принято разграничивать на отрицательные и положительные.

В отечественной практике диагностика шизофрении преимущественно основывается на выявлении характерных для шизофрении негативных расстройств, особенно при значительной давности болезни. На более ранних этапах шизофрении основное диагностическое значение часто имеют особенности продуктивной симптоматики (наряду с динамикой клинических проявлений).

Отрицательные симптомы шизофрении. К основополагающим отрицательным проявлениям шизофрении относится схизис (интрапсихическая атаксия). Под схизисом понимают дезинтеграцию, разлаженность психики, неравномерность, мозаичность нарушений психических функций. Одни психические функции могут быть грубо расстроены, а другие могут оказаться без изменений. Например, возможно тяжелое расстройство мышления и речи в виде их разорванности при достаточной сохранности памяти. Конкретными проявлениями расщепления психики являются также сама разорванная речь (страдает логическая сторона речи при сохранности грамматической), переживание раздвоения «я» в рамках деперсонализации, амбивалентность (сосуществование полярных эмоций) и многие другие симптомы шизофрении. Проводят аналогию между схизисом и игрой оркестра без дирижера.

Еще один кардинальный симптом шизофрении – аутизм, под которым понимают ослабление связей с реальностью, чрезмерное погружение в свой внутренний мир. Внешние обстоятельства мало влияют на содержание душевной жизни больного, которое определяется необычными, оторванными от повседневности мыслями, фантазиями, грезами, галлюцинационно-бредовыми переживаниями.

42. Волевые расстройства при шизофрении

Для больных шизофренией типична патология волевых функций. Особенно часто выявляются в разной степени выраженные слабость побуждений, снижение активности. В одних случаях отмечается лишь некоторое ослабление стремления к деятельности, вялость (гипобулия, или снижение энергетического потенциала), в других больные почти полностью бездеятельны. Их активность в лучшем случае сводится к бессмысленному хождению, курению, удовлетворению простейших биологических потребностей (абулия).

Больные шизофренией нередко живут и действуют как бы механически, без чувства внутренней активности. В соответствии со сложившимися стереотипами они выполняют служебные, семейные обязанности, не пытаясь что-либо изменить к лучшему.

С другой стороны, при общей слабости побуждений у части больных долго сохраняется профессиональная активность.

Апатия и абулия сочетаются, образуя апатоабулический, или вялоапатический, синдром, чрезвычайно характерный для шизофрении.

Преимущественно у больных шизофренией возникают такие волевые расстройства, как парабулия, амбитендентность, импульсивность.

Нередко встречающаяся при шизофрении патология влечений выражается в их угнетении, усилении или извращении. Больным с выраженным или грубым психическим дефектом иногда свойственны: прожорливость, поедание несъедобных предметов, сексуальные отклонения (вплоть до публичного мастурбирования), нанесение телесных самоповреждений, попытки самоубийства, выполняемые необычными, мучительными способами, жестокое обращение с людьми, истязание животных и другие проявления так называемых садомазохистских тенденций.

Формальные расстройства мышления, выявляемые у больных шизофренией, многочисленны и своеобразны. Главным образом при шизофрении отмечаются: разорванность мышления и речи, разноплановость мышления, паралогичное мышление, аутистическое мышление, символическое мышление, формальное мышление, резонерское мышление, аморфное мышление (недостаточная категоричность, уклончивость суждений), неологизмы, соскальзывания, ответы не в плоскости вопроса.

Вместе с тем у значительной части больных нарушения мышления мало выражены или клинически не определяются. Некоторым больным свойственны: высокий уровень абстрактного мышления, нестандартность, самобытность мыслительных процессов. Такие особенности мышления порой позволяют больным добиваться выдающихся результатов в различных областях профессиональной деятельности. Весомая доля непреходящих общечеловеческих ценностей создана больными шизофренией. Среди них есть выдающиеся математики, астрономы, физики, художники, писатели, артисты и спортсмены. В качестве примеров достаточно назвать И. Ньютона, Ф. Ницше, Н. В. Гоголя, В. Ван Гога.

Формальные способности памяти у большинства больных шизофренией не страдают. Нередко возникающее впечатление недостаточности памяти обусловлено слабостью побуждений и эмоционального компонента памяти.

Мимика у многих больных шизофренией болезненно изменена. Особенно характерны гипомимия, парамимия (вычурная, манерная мимика, гримасничанье). Возможна амимия.

43. Поведение при шизофрении

Чаще встречается замкнутость, избирательная общительность, формальный контакт. В крайних случаях больные полностью нелюдимы. Они нередко бывают «квартирантами в собственном доме». Выполняя семейные обязанности (хозяйственные дела, материальное обеспечение), больные дома стремятся к уединению, не могут установить теплых отношений с членами семьи, мало интересуются их делами и заботами. Вместе с тем больные иногда оказываются в полном подчинении, зависимости от кого-либо из близких, не страдая от этого.

Общение врачей с больными также затруднено, часто носит формальный характер «по вине» больного. Между врачом и больным как бы существует незримая стена. Врачу бывает сложно становить доверительные отношения с пациентом, получить доступ к его внутреннему миру, вчувствоваться в переживания.

Редкая, но в основном встречающаяся при шизофрении форма контакта с окружающими – психическая обнаженность (утрированная, неуместная откровенность, порой с малознакомыми людьми).

Больные бывают неряшливыми, запущенными в санитарно-гигиеническом отношении, неопрятными и одновременно претенциозными в одежде. Разрабатывают сложные и необычные системы мероприятий для поддержания здоровья и продления жизни. Например, постоянно пытаются задерживать дыхание, так как на человеческую жизнь «отпущено определенное количество дыханий». Одни в любое время года ходят босые, полуголые. Другие занимаются бессмысленным коллекционированием, лишая семью средств к существованию. Третьи необычными способами выполняют профессиональные обязанности: преподаватель латыни сводит занятия со студентами к хоровому пению на латинском языке.

Продуктивная психопатологическая симптоматика. Шизофренический бред отличается особой неправдоподобностью, абсурдностью содержания и часто явным несоответствием поведения тематике бредовых идей. Возможны любые варианты бреда по содержанию. Вместе с тем ряд бредовых фабул встречается преимущественно или почти исключительно у больных шизофренией: бред реформаторский, психического воздействия, особого значения, космический, антагонистический, чужих родителей.

Из обманов восприятия типичны псевдогаллюцинации, особенно вербальные, комментирующего или антагонистического содержания. Зрительные псевдогаллюцинации, обонятельные, тактильные, висцеральные и другие обманы восприятия бывают значительно реже. Существенное место среди клинических проявлений шизофрении занимают психические автоматизмы, особенно идеаторные, которые возникают почти исключительно при этой болезни: симптом открытости, наплывы мыслей, обрывы мыслей, эхо мыслей, чужие мысли, параллельные мысли, симптом разматывания воспоминаний, транзитивизм.

Мании и депрессии бывают у больных шизофренией достаточно часто. Шизофреническим маниям и депрессиям свойственен ряд особенностей. У больных шизофренией преимущественно развиваются атипичные мании: гневливая, непродуктивная, дурашливая, неистовая. Для шизофренических депрессий характерны эндогенные качества (витальная окраска, суточные колебания аффекта, сезонность возникновения), а также кататонические включения, бредовая симптоматика, не являющаяся вторичной по отношению к меланхолическому аффекту (бред преследования, воздействия), и психические автоматизмы.

44. Непсихотические продуктивные расстройства, классификация шизофрений

Состояния помраченного сознания при шизофрении бывают относительно редко. У подавляющего большинства больных сознание оценивается как ясное или формально ясное. Если расстройство сознания развивается, оно носит онейроидный характер. В особо редких случаях возможно аментивноподобное помрачение сознания.

Непсихотические продуктивные расстройства. В рамках шизофрении могут возникать любые невротоподобные и психопатоподобные нарушения: тревожно-фобические, обсессивно-компульсивные, истероформные, небредовая ипохондрия, психопатоподобные состояния эксплозивного, гебоидного, тормозимого типа. В одних случаях эти расстройства клинически трудноотличимы от проявлений соответствующих невротозов и психопатий. В других они обладают клиническим своеобразием.

Некоторые устойчивые страхи (загрязнения, сумасшествия, острых предметов) в основном встречаются при шизофрении. Для сенестопатий у больных шизофренией характерны вычурность, насильственная окраска патологических ощущений. Хроническая деперсонализация (особенно аутопсихическая) преимущественно развивается в рамках шизофрении. В целом клиническим проявлениям шизофрении присущи полиморфизм и атипичность, парадоксальность.

К психопатологическим синдромам, которые не характерны для шизофрении, относятся все синдромы помраченного сознания, кроме онейроида (оглушение, делирий, сумеречное состояние, аменция), психоорганический синдром, эпилептиформный синдром, корсаковский симптомокомплекс и органическая деменция. Часто эти изменения в зависимости от их выраженности называют эмоциональным притуплением или тупостью, учитывая холодность, черствость больных по отношению к близким. Эмоциональная тупость иногда своеобразно сочетается с ранимостью, хрупкостью эмоций. Из других стойких аффективных изменений характерны эмоциональная неадекватность и амбивалентность.

Классификация шизофрении. В России широко используется классификация шизофрении, основанная на типах течения, степени профдеиентности и синдромальной характеристике клинических проявлений болезни. В отличие от систематики шизофрении, представленной в МКБ-10, которая основана на синдромальном принципе, данная классификация базируется на клинико-динамических критериях. Она более дифференцирована, информативна, позволяет более уверенно строить клинический, социальный прогноз и планировать терапию.

45. Злокачественная шизофрения

Почти все галлюцинаторно-параноидные синдромы достаточно типичны для шизофрении: паранойяльный, синдром Кандинского-Клерамбо, парафренный. Реже встречается вербальный галлюциноз.

Кататонические и гебефренные расстройства возникают в основном в рамках шизофрении.

Грубопрогредиентная (злокачественная) шизофрения. Больные грубопрогредиентной шизофренией составляют 5–8% от всех больных шизофренией. Эта шизофрения начинается, как правило, в подростково-юношеском возрасте (до 20 лет). Начало болезни постепенное. В инициальном периоде появляются и медленно усиливаются признаки шизоидизации личности в виде некоторого эмоционального однообразия, снижения активности, сужения круга интересов, трудностей общения, чужаковости, странностей поведения. Далее наступает манифестация психоза. Возникают и быстро нарастают разнообразные продуктивные психотические расстройства: кататонические, гебефренные, галлюцинаторно-параноидные. Параллельно быстро прогрессируют негативные изменения личности: апатия, снижение энергетического потенциала, аутизм, формальные расстройства мышления.

Клиническая картина характеризуется не только полиморфизмом, тяжестью, но и изменчивостью, синдро-мальной незавершенностью симптоматики. Различают злокачественную, кататоническую, гебефреническую, параноидную и простую формы грубопрогредиентной шизофрении. При кататонической форме доминирует люцидная кататония в виде субступора, прерывающегося эпизодами кататонического возбуждения. Галлюцинаторно-параноидные расстройства находятся на втором плане.

Гебефреническая форма проявляется нелепо-дурашливым поведением, эйфорией, грубыми, жестокими шутками, кривлянием, разорванной речью, расторможенностью влечений, неряшливостью. Кататонические и галлюцинаторно-бредовые расстройства возникают эпизодически.

Для параноидной формы злокачественной шизофрении характерны: несистематизированный бред преследования, воздействия, величия, непостоянные вербальные псевдогаллюцинации, психические автоматизмы. Эта симптоматика сочетается с кататоническими эпизодами.

При злокачественной простой форме состояние определяется неуклонно нарастающими негативными расстройствами: эмоциональной тупостью, бездеятельностью, спонтанностью, нарушениями речи, вплоть до речевой разорванности. Формируется тяжелый апатоабулический синдром. Временно могут появляться кататонические, галлюцинаторно-параноидные расстройства.

Динамика злокачественной шизофрении катастрофическая. Современные методы терапии в большинстве случаев не позволяют добиться не только ремиссии, но и сколько-нибудь стойкой приостановки эндогенного процесса. В течение 2–5 лет наступает конечное состояние: своеобразное шизофреническое слабоумие в форме эмоционально-волевого опустошения, грубых расстройств речи, влечений, поведения. Глубокий эмоционально-волевой дефект сочетается с остаточной кататонической, галлюцинаторно-параноидной симптоматикой. Конечное состояние сохраняется всю последующую жизнь.

46. Вялотекущая шизофрения

Малопрогрессирующая (вялотекущая) шизофрения. Вялотекущая шизофрения составляет от 17 до 35 % всех учтенных случаев шизофрении и занимает второе место по частоте после приступообразно-прогрессирующей формы.

Это непсихотическая или субпсихотическая форма шизофрении с относительно благоприятным течением. Характеризуется крайне медленным прогрессированием дефицитарных изменений личности, никогда не достигающих степени шизофренического слабоумия, и столь же медленным, вялым развитием продуктивной симптоматики непсихотического или субпсихотического регистра.

Начало болезни часто настолько незаметное, постепенное, что его сроки установить не удастся. Появляются и очень медленно нарастают: некоторое эмоциональное однообразие, определенное снижение активности, аутистические тенденции, сужение круга интересов, отдельные странности, чудачества в поведении, резонерская окраска, витиеватость мышления и речи.

Столь же постепенно прогрессируют те или иные продуктивные непсихотические расстройства: фобии, obsессии, истероподобная симптоматика, деперсонализация, сенестопатически-ипохондрические расстройства, хроническая субдепрессия, сверхценные интересы и увлечения или стойкие нарушения поведения возбудимого, истерического, психастенического типа. Эпизодически могут возникать отрывочные бредовые идеи, галлюцинации, отдельные психические автоматизмы.

Различают невротоподобный и психопатоподобный варианты вялотекущей шизофрении.

У некоторых больных картина шизофрении определяется негативными изменениями личности, продуктивные нарушения могут возникать лишь эпизодически, в рудиментарном виде.

Рекуррентная (периодическая) шизофрения. Эта форма шизофрении течет в виде клинически очерченных приступов продуктивных психических расстройств и приводит, как и вялотекущая шизофрения, к неглубоким изменениям личности.

Приступы рекуррентной шизофрении имеют разную клиническую структуру.

Аффективные приступы проявляются депрессией или манией разной степени выраженности.

Аффективно-параноидные приступы тоже бывают двух видов: депрессивно-параноидные и маниакально-параноидные. Расстройства настроения при этих приступах сочетаются с бредом воздействия, инсценировки, антагонистическим бредом, иногда с бредом величия, а также с психическими автоматизмами, ложными узнаваниями, вербальными псевдогаллюцинациями.

При онейроидно-кататонических приступах кататонический ступор или субступор, прерываемый эпизодами кататонического возбуждения, сосуществует с онейроидным помрачением сознания.

Иногда приступы периодической шизофрении длятся всего несколько дней, чаще они продолжаются от нескольких недель до нескольких месяцев. Количество их тоже варьируется в широком диапазоне. Удастся проследить типичные тенденции в видоизменении приступов: первые онейроидно-кататонические приступы сменяются аффективно-бредовыми и далее – аффективными, или выявляется обратная последовательность видоизменения приступов (от аффективных к онейроидно-кататоническим).

47. Шубообразная форма шизофрении, особые формы шизофрении

Приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения.

Шубообразная шизофрения – самая частая среди всех форм шизофрении. Сущность приступообразно-прогредиентного типа динамики шизофрении заключается в совмещении двух вариантов течения – непрерывного и периодического.

В инициальном периоде появляются и постепенно прогрессируют типичные для шизофрении негативные изменения личности, а в части случаев и продуктивная симптоматика в виде навязчивостей, деперсонализации, сверхценных или паранойяльных идей. Далее возникают манифестный и последующие приступы в виде преходящих, качественно новых по отношению к перманентной симптоматике расстройств.

Приступы шубообразной шизофрении отличаются особым клиническим разнообразием. Выделяют острые паранойяльные, острые параноидные, кататоно-гебефренные, кататоно-депрессивные, депрессивно-галлюцинаторные, депрессивно-обсессивные и другие приступы.

Степень прогредиентности шубообразной шизофрении, глубина формирующегося психического дефекта значительно варьируют. В одних случаях шубообразная шизофрения близка к злокачественной форме и в итоге завершается конечным состоянием (шизофреническим слабоумием), в других по малой выраженности прогредиентных тенденций она близка к вялотекущей шизофрении и приводит к неглубокому личностному дефекту. Большинство случаев шубообразной шизофрении занимает промежуточное положение между этими крайними вариантами.

Особые формы шизофрении. Сущность паранойяльной шизофрении заключается в возникновении и многолетнем существовании систематизированного бреда. У одних больных бред развивается остро – по типу озарения, у других постепенно – на основе предшествующих сверхценных идей. Клинические проявления паранойяльной шизофрении обладают значительным сходством с паранойяльным этапом параноидной шизофрении, описанным выше.

Паранойяльная шизофрения проявляется бредом преследования, физического недостатка, ипохондрическим, изобретательским, реформаторским, религиозным, сутяжным бредом.

Патологические идеи прогрессируют крайне медленно. Спустя десятилетия бред может подвергнуться частичному обратному развитию, сохраняясь в виде резидуальных или инкапсулированных (в значительной мере утративших актуальность) бредовых идей. Типичные для шизофрении негативные изменения личности удается выявить не всегда.

Фебрильной шизофренией (смертельной кататонией, гипертоксической шизофренией) называют острые приступы онейроидной кататонии в рамках рекуррентной и приступообразно-прогредиентной шизофрении, сопровождающиеся гипертермией и другими соматическими расстройствами. Наряду с кататонией в виде ступора или возбуждения возникают подъемы температуры тела до 38–40 °С длительностью до 2 недель. Температурная кривая не соответствует типичным колебаниям температуры при соматических и инфекционных заболеваниях. Отмечаются сухость слизистых, гиперемия кожи, кровоподтеки, иногда буллезные высыпания, изъязвление кожных покровов.

48. Биологическая терапия шизофрении

Биологическая терапия. Ведущее место в биологическом лечении шизофрении принадлежит психофармакотерапии. Основные используемые классы психотропных средств – нейролептики и антидепрессанты. Препараты других классов применяются реже.

При злокачественной шизофрении назначают высокие дозы наиболее мощных нейролептиков с общим антипсихотическим действием с целью приостановить прогрессирование болезни и смягчить ее проявления. Однако терапия, как правило, оказывается недостаточно эффективной.

При параноидной шизофрении используют нейролептики антипсихотики. После улучшения состояния, частичной редукции галлюцинаторно-бредовых расстройств проводят длительную (обычно многолетнюю) поддерживающую терапию, часто теми же препаратами, но в меньших дозах. Нередко применяются инъекционные депонированные формы нейролептиков (га-лоперидол деканоат, модитен-депо, флюанксолдепо). В первые 2 года после развития галлюцинаторно-параноидных расстройств возможно проведение инсулинокоматозной терапии (с согласия больного или его родственников). Особой резистентностью к терапии обладают паранойяльный синдром и хронический вербальный галлюциноз.

Длительное использование нейролептиков нередко приводит к непереносимости большим препаратов. В этих случаях должны применяться нейролептики, не вызывающие или почти не вызывающие побочных неврологических действий (лепонекс, рисполепт, зипрекса).

При рекуррентной и приступообразно-прогредиентной шизофрении выбор препаратов определяется синдромальной структурой приступов. Больным с депрессивными приступами показаны наиболее активные антидепрессанты (амитриптилин, ме-липрамин, анафранил), которые обычно сочетают с невысокими дозами нейролептиков, не обладающих депрессогенным действием (трифтазин, этаперазин, рисполепт).

У больных с депрессивнопараноидными состояниями применяют ту же комбинацию препаратов, но дозы нейролептиков должны быть значительными или высокими. Маниакальные приступы чаще всего лечат галоперидолом в сочетании с оксibuтиратом или карбонатом лития. Те же препараты используют у больных с маниакально-бредовыми состояниями. При онейроидной кататонии назначают нейролептики с растормаживающим эффектом. В случае неэффективности нейролептиков показана электросудорожная терапия.

У больных с психомоторным возбуждением в структурно-разных приступах используют инъекционные нейролептики с затормаживающими свойствами (клопиксол-акуфаз, аминазин, тизерцин, галоперидол, топрал).

Лечение фебрильной шизофрении по возможности проводят в реанимационных отделениях. Применяют активную дезинтоксикацию, включая гемосорбцию, гемодез, а также симптоматическую терапию и иногда аминазин. В случаях особой тяжести состояния (по витальным показаниям), проводят ЭСТ.

В межприступных интервалах осуществляется амбулаторная терапия для стабилизации ремиссии и предупреждения новых приступов. Часто применяются те же препараты, что и во время приступов, но в меньших дозах.

49. Психотерапия шизофрении

Лечение и реабилитация. В лечении больных шизофренией используются практически все методы биологической терапии и большинство методов психотерапии.

Психотерапия. Психотерапия занимает существенное место в лечении больных шизофренией.

При наличии выраженной психотической симптоматики (параноидная шизофрения, психотические приступы рекуррентной и шубообразной шизофрении) больные нуждаются в участии, ободрении, поддержке врача. Демонстрация скептического отношения к бредовым суждениям, попытки их опровержения непродуктивны, приводят лишь к нарушению контакта между врачом и пациентом. Оправданы разъяснения, какие высказывания и формы поведения пациента оцениваются окружающими как болезненные. Полезна семейная психотерапия (психотерапевтическая работа с родственниками пациента, направленная на формирование правильного отношения к его болезненным высказываниям и поведению, на устранение внутрисемейных конфликтов, часто возникающих вследствие болезненно измененного поведения члена семьи).

При непсихотическом уровне расстройств (ремиссии приступообразной шизофрении, вялотекущая шизофрения) показана систематическая психотерапия, преимущественно рациональная (когнитивная) и поведенческая.

Используются приемы стимулирующей, отвлекающей психотерапии. Применяются специальные методики, направленные на устранение тех или иных расстройств, например функциональные тренировки при транспортных фобиях.

Такие методы, как гипносуггестивная психотерапия, аутогенная тренировка, психоаналитическая психотерапия применяются у больных шизофренией ограниченно в связи с риском ухудшения состояния больных и невысокой эффективностью.

Социальная реабилитация показана почти всем больным шизофренией (исключение составляют больные с сохранной трудо-способностью и достаточной социальной адаптацией).

Даже при хронической психотической симптоматике, глубоком личностном дефекте с полной инвалидизацией систематическое применение социально-реабилитационных мероприятий в сочетании с фармако-и психотерапией позволяет у ряда больных частично восстановить основные навыки самообслуживания, вовлечь больных в несложную трудовую деятельность.

В таких случаях процесс социальной реабилитации носит многоэтапный характер. Он часто начинается еще в период госпитализации с привлечения больных к выполнению простых хозяйственных заданий.

Далее больные систематически выполняют несложную работу в отделении, а затем в лечебно-трудовых мастерских при больнице. После выписки из стационара они продолжают работу в лечебно-трудовых мастерских, переходя ко все более сложным операциям.

При успешном реабилитационном процессе возможно возвращение к труду, не требующему высокой квалификации, на специальных предприятиях для психически больных или даже в условиях общего производства. Для этого больных приходится обучать новым, доступным по психическому состоянию трудовым навыкам.

50. Алкогольная зависимость

Алкоголизм – хроническая болезнь, которая развивается в результате длительного злоупотребления спиртными напитками с патологическим влечением к ним, что обусловлено психической, а затем и физической зависимостью от алкоголя. В связи с тем что острую интоксикацию называют алкогольным опьянением, термин «хронический алкоголизм» считается устаревшим. Алкоголизм – расстройство не психотическое, но при этом заболевании могут возникать психозы. Их причиной служит как хроническое отравление самим алкоголем, так и нарушения метаболизма, вызванные им, в особенности функций печени.

Алкогольное опьянение проявляется разнообразными психическими, неврологическими и соматическими нарушениями, тяжесть которых зависит не только от дозы алкоголя, но и от скорости его всасывания из желудочно-кишечного тракта, а также от чувствительности к нему организма.

Типичная картина (простое опьянение). Выделяется три степени опьянения. Легкая степень опьянения напоминает гипоманиакальное состояние, обычно проявляясь повышением настроения (эйфория), комфортом и желанием общаться с окружающими. При этом человек становится говорливым, его речь делается громкой и быстрой, мимика утрированной, жесты размашистыми, внимание легко отвлекается. Ухудшается качество работы, требующей сосредоточенности, свои возможности человек переоценивает. Отмечается растормаживание сексуального влечения, гиперемия лица, тахикардия, повышение аппетита. Спустя 2–4 часа отмечается вялость и сонливость, период опьянения вспоминается хорошо.

Средняя степень опьянения характеризуется выраженными неврологическими нарушениями: речь делается смазанной, походка – шаткой, при стоянии покачиваются, почерк резко меняется, часто возникает тошнота и рвота. Эйфория чередуется с раздражительностью, озлобленностью, склонностью к скандалам и агрессии, т. е. настроение неустойчивое, внимание переключается с трудом. Период возбуждения сменяется глубоким сном, после которого следуют разбитость, вялость, головная боль. Некоторые события после опьянения вспоминаются смутно.

Тяжелая степень опьянения отличается нарастающим угнетением сознания – от выраженного оглушения вплоть до сопора и комы. Опьяневшие не могут стоять, лицо амимично. Рвота для таких больных опасна аспирацией рвотных масс. Довольно часто возникает недержание мочи и кала. Туловище становится холодным на ощупь, конечности цианотичны. Оглушение переходит в беспробудный сон, во время которого даже запах нашатырного спирта не пробуждает, а лишь вызывает гримасу и стон. В состоянии комы исчезает реакция зрачков на свет, а при ее углублении развивается корнеальный рефлекс, дыхание делается затрудненным, пульс ослабевает. После пробуждения воспоминаний не сохраняются.

Алкоголизм. Многократное либо довольно регулярное употребление алкоголя в дозах, вызывающих сильное опьянение, не является алкоголизмом как болезнью, если не сопровождается характерными для заболевания признаками.

51. Стадии алкоголизма (I, II стадии, истинные запои)

Первая стадия (стадия психической зависимости). Главным среди начальных признаков является патологическое влечение к алкоголю. Для таких лиц алкоголь является постоянно необходимым средством, поднимающим настроение, позволяет чувствовать себя уверенно и свободно, забыть о неприятностях и невзгодах, облегчить контакты с окружающими, эмоционально разрядиться.

Отмечается повышение толерантности к алкоголю, минимальной дозы, способной вызывать легкое опьянение, и наоборот, максимальной дозы, не вызывающей его. После продолжительного перерыва в выпивках толерантность может падать. Люди не могут остановиться, напиваются до тяжелого опьянения, перестают учитывать ситуацию, когда появление в нетрезвом виде грозит серьезными неприятностями. Исчезновение рвотного рефлекса свидетельствует о привыкании к большим дозам. Большая доза алкоголя вызывает беспробудный сон, сопор, кому.

Вторая стадия (физической зависимости). Основным признаком II-й стадии является физическая зависимость от алкоголя. Систематическое поступление алкоголя в организм становится необходимым условием для поддержания постоянства внутренней среды организма. Резко активизируется ферментная система, участвующая в переработке алкоголя. У непьющих около 80 % всосавшегося алкоголя разрушается алкогольдегидрогеназой печени, около 10 % – каталазой в других тканях, 10 % выводится с выдыхаемым воздухом, мочой и калом. У алкоголиков активность каталазы возрастает до 50 %.

Компульсивное влечение основывается на физической зависимости, сравнимо с голодом и жаждой, алкоголь становится насущной потребностью, его отсутствие вызывает болезненные расстройства.

Синдром абстиненции – состояние, возникающее вследствие прекращения поступления привычной дозы алкоголя, проявляется психическими, неврологическими и соматическими расстройствами. Характерны: мышечный тремор, чередование озноба и проливного пота, жажда и утрата аппетита. Почти все алкоголики жалуются на головную боль и сердцебиение, повышение артериального давления. В запущенных случаях алкоголизма может развиваться алкогольный делирий.

Абстинентный синдром начинается через 12–24 ч после выпивки, его продолжительность зависит от тяжести – от 1–2 суток до 1–2 недель. Толерантность к алкоголю возрастает более чем в 5 раз по сравнению с первоначальной опьяняющей дозой. В случае постоянного злоупотребления алкоголем больные почти каждый вечер выпивают большие дозы, а по утрам похмеляются, чтобы избежать синдрома абстиненции.

Истинные запои – крайняя форма алкоголизма, развивающаяся на фоне циклоидной акцентуации характера. Им предшествует аффективная фаза: депрессия сочетается с беспокоемством и не удержимым желанием подавить тягостное состояние при помощи алкоголя. Запой обычно продолжается в течение нескольких суток. При этом в первые дни запоя отмечается повышенная толерантность к алкоголю, а в последующие дни она снижается. Запой зачастую завершается полным отвращением к алкоголю, один только вид которого вызывает тошноту и рвоту – аверсионный синдром.

52. Стадии алкоголизма (ложные запои, III стадии)

Ложные запои появляются на II стадии алкоголизма и возникают в результате социально-психологических факторов (конец рабочей недели и получение денег), т. е. пьянство является периодическим. Продолжительность запоев различна; вследствие активного противодействия окружения или при отсутствии спиртного они прерываются.

На II стадии становятся выраженными изменения личности. Акцентуация черт характера у подростков и молодежи может происходить уже на I стадии алкоголизма.

Со II стадии нередко начинаются соматические осложнения алкоголизма. Как правило, развивается алкогольная жировая дистрофия печени, которая выступает из-под реберной дуги, болезненна при пальпации. Может развиваться хронический алкогольный гепатит. Алкоголизм вызывает развитие язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Социальная дезадаптация различается по степени: от полной с паразитическим образом жизни и преступлениями до весьма умеренной с удовлетворительной трудоспособностью и сохранением, несмотря на конфликты, семьи.

Третья стадия (алкогольной деградации). Иногда после многих лет высокой выносливости наступает снижение толерантности к алкоголю, что является главным признаком III стадии. Первоначально уменьшается разовая доза алкоголя, опьянение наступает от маленькой рюмки, а суточная доза уменьшается позднее. Больные переходят от крепких напитков к более слабым, обычно к дешевым винам. Перерыв в приеме алкоголя приводит к тяжелым явлениям абстиненции с бессонницей, тревогой, страхом, к выраженным неврологическим и соматическим нарушениям.

В некоторых случаях во время абстиненции может развиваться делирий или судорожный припадок.

Псевдоабстиненция – состояния с многочисленными признаками абстинентного синдрома, такими как мышечный тремор, потливость и ознобы, бессонница, тревога и депрессия, возникающие во время ремиссии – после длительного воздержания от алкоголя.

Алкогольная деградация – однообразное изменение личности, при котором утрачиваются эмоциональные привязанности, больные становятся безразличными к близким, пренебрегают самыми элементарными моральными и этическими принципами, правилами общежития, некритически относятся к своему поведению. Зачастую возникают психоорганические нарушения: ухудшается память, затрудняется переключение внимания, снижается интеллект – алкогольная деменция.

Характерна полная социальная дезадаптация: больные оказываются нетрудоспособными, семейные связи порываются, больные ведут паразитический образ жизни. Практически во всех случаях развиваются циррозы печени и выраженные кардиомиопатии.

На III стадии болезни алкогольные психозы значительно учащаются, делирии являются повторными. Характерен острый и хронический слуховой галлюциноз, а также энцефалопатические психозы.

Течение алкоголизма медленное, у большинства больных I стадия становится очевидной спустя 5-10 лет пьянства, а у 10 % – через 15 лет и более. Интенсивность пьянства оказывает влияние на скорость развития алкоголизма. В случае систематического приема алкоголя в дозах, превышающих 0,5 л водки, 1–2 раза в неделю первые признаки алкоголизма могут обнаруживаться уже через год.

53. Наркомании и токсикомания, опийная наркомания

Наркотик – наркотическое средство, включенное в официальный государственный список вследствие социальной опасности из-за способности при однократном употреблении вызывать привлекательное психическое состояние, при систематическом – психическую или физическую зависимость. Наркомания – болезнь, вызванная систематическим употреблением средств, включенных в государственный список наркотиков, и проявляющаяся психической, а иногда и физической зависимостью от них.

Психоактивные токсические вещества обладают теми же свойствами, что и наркотик, но в официальный список они не включены.

Токсикомания – психическая и физическая зависимость от вещества, не включенного в официальный список наркотиков.

Групповая психическая зависимость возникает только тогда, когда собирается «своя компания», постоянно злоупотребляющая каким-либо веществом.

Физическая зависимость развивается, когда наркотическое вещество становится постоянно необходимым для поддержания нормального функционирования организма, отмена его поступления в организм вызывает абстинентный синдром.

Абстинентный синдром – главное проявление физической зависимости, развивающееся спустя несколько часов после того, как в организм не поступила очередная доза наркотика или другого токсического вещества. Возникающие симптомы являются противоположностью тех признаков, которые возникают при опьянении данным веществом: вместо эйфории наступает депрессия, вместо ленивого довольства – беспокойство и тревога, вместо усиления активности – апатия. Компульсивное влечение характеризуется невозможностью его подавить. Больной не способен скрывать или как-то маскировать это влечение. Развивается толерантность к наркотику или иному токсическому веществу, определяется минимальной дозой, способной вызвать обычный эффект или устранить явления абстиненции.

Нежелание и неспособность признать наличие болезни в зависимости от психоактивного вещества характерны для наркоманий. Одновременную зависимость от одного наркотического и другого ненаркотического вещества предложено называть осложненной наркоманией.

Опийная наркомания. Среди аптечных препаратов используются морфин, омнопон, промедол, дионин, кодеин и т. п. В подпольных лабораториях готовят героин и метадон, также кустарным способом делают различные вытяжки из мака, сырьем для которых служит млечный сок из головок незрелого растения или высушенные и измельченные головки.

Чаще всего аптечные препараты или приготовленные жидкости вводят внутривенно. Непосредственно за вливанием краснеет лицо, ощущается горячая волна, проходящая по телу, зуд кожи лица. Возникает короткое чувство дурноты.

Затем развивается эйфория – повышенное настроение с чувством необыкновенного душевного и телесного комфорта. «Кайфом» стремятся насладиться в стороне от других. Молча сидят, предаваясь воспоминаниям, желанным мыслям. Сознание ясное.

При передозировке наблюдаются оглушение, сопор, кома. Зрачки бывают как точки, не расширяются в темноте. Опьянение длится несколько часов, сменяется сонливостью.

54. Развитии и стадии наркомании

На первой стадии наркомания развивается довольно быстро: достаточно бывает 5 раз повторить вливания, чтобы развилась психическая зависимость от наркотика. Наркоманы сами делают себе вливания и готовят самодельные препараты. Соматические изменения выражены умеренно: снижен аппетит, появляются запоры, начинается похудание, ухудшается зрение. Угнетение сочетается с раздражением, истериками, требованием денег от близких для приобретения наркотика.

Абстиненция сохраняется несколько дней, но сильное влечение к наркотику удерживается, и в дальнейшем при встрече с наркоманами влечение может возобновиться.

На первой стадии начинает расти толерантность, дозу приходится увеличивать в 2–3 раза. От частых инъекций вены предплечий склерозируются, на месте проколов иглой образуются узелки.

Вторая стадия наркомании характеризуется физической зависимостью, она обычно наступает через несколько недель регулярных злоупотреблений. Абстиненция начинается через 12–24 ч. Появляются сильные мышечные боли, спазмы в животе, часто – рвота и понос, боли в области сердца, зрачки становятся широкими, пульс – учащенным, начинаются слезотечение и слюнотечение, непрекращающееся чиханье, озноб чередуется с проливным потом.

Однако психическая зависимость может удерживаться несколько месяцев. Могут развиваться преходящие состояния повторения описанных вегетативных нарушений в ослабленном виде.

После абстиненции толерантность резко падает, и прежняя, ставшая привычной доза может привести к смерти. Наркотическое вещество становится необходимым допингом для восстановления работоспособности, бодрости, аппетита. Соматические нарушения выражены и постоянны, при них кожа шелушится, волосы секутся, ногти ломаются, зубы крошатся. Отмечается необычная бледность, запоры, анемия, аппетит утрачен, узкие зрачки нарушают аккомодацию, снижается половое влечение, у мужчин наступает импотенция, у женщин – аменорея. Осложнениями наркомании являются вирусные гепатиты, СПИД, тромбофлебиты как следствие постоянных внутренних вливаний. Смертность среди наркоманов в 20 раз выше.

Третья стадия наркомании встречается редко, тяжелое истощение, астения и апатия делают больного нетрудоспособным. Интерес сохраняется только к наркотику, толерантность к нему снижается. Все время требуется доза для предотвращения абстиненции.

При передозировке применяются внутривенные вливания налорфина – антагониста опийных препаратов, также можно воспользоваться вливанием бе-мегрида – антагониста барбитуратов и стимулятора дыхания, дезинтоксикация осуществляется общепринятыми способами. Постепенное уменьшение дозы наркотика, предотвращающее тяжелую абстиненцию, допускается только в том случае, если наркомания сочетается с тяжелой гипертонической болезнью и перенесенным инфарктом.

Мышечные боли уменьшаются под действием анальгина. При депрессии используют амитриптилин. Необходима психотерапия: сопереживание облегчает состояние больного, позволяет выяснить искренность намерения лечиться.

55. Каннабиноидная наркомания

Чаще всего курят гашиш, анашу, «план» – высушенное и спрессованное вещество, выступающее на поверхности цветущих верхушек женских особей конопли, больше всего его в индийской конопле, но содержится и в других видах, в стеблях и листьях. В Европе больше распространена марихуана – высушенные и измельченные листья конопли («травка»). Картина опьянения. Первое в жизни курение гашиша обычно никаких ощущений не вызывает. Чтобы испытать «кайф», надо покурить 2–3 раза. Большая доза с пищей или алкоголем может вызвать тошноту, головную боль, стеснение в груди, затруднение дыхания.

Легкое опьянение развивается через 5-15 мин от начала курения. Проявляется эмоциональными перепадами – от безудержного веселья до страха и ужаса. Эмоции заразительны: в компании участники могут крушить и ломать все вокруг; возникает потребность двигаться и общаться. Они энергично жестикулируют, приплясывают, отбивают ритм руками и ногами. Безудержно говорливы, с жаром говорят о пустяках.

Отмечается ощущение обострения слуха – кажется, что улавливается каждый шелест и шорох. На самом деле слуховой порог не снижается, а лишь искажается оценка расстояния. Если опьяневшие садятся за руль, то из-за неправильной оценки дистанций попадают в аварии. Ощущается необычная легкость тела, обнаруживается своеобразное сужение сознания, иногда появляется впечатление, что они сами себя видят со стороны.

Опьянение длится до нескольких часов, при протрезвлении появляется голод. Тяжелое психотическое опьянение бывает следствием передозировки или повышенной чувствительности, развивается онейроид: отрешенные от окружающего больные погружаются в мир грезоподобных фантазий или заново переживают прежние эмоционально насыщенные события. Длительность острых интоксикационных психозов, вызванных гашишем, от нескольких часов до нескольких дней.

Первая стадия характеризуется психической зависимостью и проявляется возникновением потребности курить по 2–3 раза в день. Курят в одиночку и настойчиво ищут, где бы раздобыть гашиш. При вынужденном перерыве картина абстиненции бывает стертой: раздраженное настроение, головная боль, неприятные ощущения в области сердца – все это немедленно исчезает после курения гашиша.

Вторая стадия развивается при регулярном курении гашиша. Характеризуется изменением картины опьянения и признаками физической зависимости. При курении более слабой марихуаны физическая зависимость не проявляется. Без нее утрачивается всякая работоспособность. После курения больные становятся активными, живыми, собранными, общительными, курить приходится по несколько раз в день.

При физической зависимости перерыв в курении вызывает выраженный абстинентный синдром, длящийся около недели. Тяжелая депрессия сочетается с крайне неприятными ощущениями в разных частях тела, сжимающими болями в области головы и сердца, тошнотой, спазмами в животе.

Позднее астения сменяется злобно-тоскливым настроением. Нарастает истощение, у мужчин наступает импотенция, у женщин – аменорея. Имеются данные об угнетении иммунных реакций.

56. Эфедроновая и первитиновая наркомании

Эфедрон изготавливается в незаконных лабораториях из лекарств, содержащих эфедрин. Производное первитина входит в состав самодельного препарата, на сленге наркоманов называемого «винтом».

При эфедроновом и первитиновом опьянении препараты вводят внутривенно, появляются: озноб, ощущение покалывания в руках и ногах, шевеления волос на голове, сердцебиение. Затем развивается состояние, напоминающее гипоманиакальное, ощущается душевный подъем, появляется уверенность в своих необычных способностях и талантах. В отличие от опийной эйфории тянет к общению и приключениям, говорят без умолку, быстро, оживленно жестикулируя.

Отмечают легкость в теле, появляется чувство безграничной любви ко всем людям, резко усиливается половое влечение, возникает длительное половое возбуждение. Вегетативные нарушения сводятся к повышению артериального давления, тахикардии, экстрасистолии. Опьянение длится несколько часов и сменяется вялостью, быстрой утомляемостью, дурным самочувствием. В этом постинтоксикационном периоде возникает сильное влечение к наркотику.

Более половины людей, попробовавших однажды ввести себе в вену эфедрон или первитин, начинают повторять внутривенные вливания этих препаратов. Иногда бывает достаточно 2–3 инъекций, чтобы возникла зависимость.

Физическая зависимость может развиваться в течение нескольких недель. Абстинентный синдром проявляется дисфорией, сонливостью в сочетании с невозможностью уснуть. Вегетативные нарушения во время абстиненции резко выражены: мышечный тремор, чередование озноба и проливного пота, сжимающие боли в области сердца, мучительные задержки мочи, гиперакузия и светобоязнь удерживаются несколько суток и сменяются тяжелой астенией.

Циклический характер наркотизации характерен для данных видов наркоманий и обусловлен тем, что явления абстиненции начинаются еще в постинтоксикационном периоде – уже через 2–4 ч после вливания наркотика появляется желание его повторить. В результате вливания делают по несколько раз в день. Возникают состояния, напоминающие алкогольные запои.

Суточная доза возрастает в 20–30 раз по сравнению с первоначальной. Разовая доза возрастает не более чем в 2–3 раза из-за сильных сердцебиений при передозировке.

По мере развития наркомании интервалы между циклами уменьшаются.

Со временем нарастает истощение, развивается хронический гастрит и спастический энтероколит, у мужчин – импотенция, у женщин – аменорея. При кустарном изготовлении эфедрона используется калий перманганат, в результате присоединяются симптомы хронического отравления марганцем: хореоформные гиперкинезы, парез мягкого неба, языка, лицевых мышц.

При эфедроновом и первитиновом опьянении возбуждение лучше всего устранять дезинтоксикационными средствами. Выраженную экстрасистолию купируют новокаиномидом. Мучительную бессонницу лучше устранять, но не барбитуратами – из-за опасности полинаркомании.